

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1930 - 1931 — N° 99

TRAVAIL DE LA CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE
DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des
Troubles Psychiques
au cours du Tabes

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

H. - J. JASIENSKI

*Interne des Asiles du Rhône
et de la Clinique Psychiatrique de la Faculté
Diplômé de Médecine légale et de Psychiâtrie
Né le 8 Mars 1905, à Brest*



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE
46, Rue de l'Université, 46
LYON

1930

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES PSYCHIQUES
AU COURS DU TABES



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 — N° 99

TRAVAIL DE LA CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE
DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

CONTRIBUTION A L'ETUDE
des
Troubles Psychiques
au cours du **Tabes**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

H. - J. JASIENSKI

*Interne des Asiles du Rhône
et de la Clinique Psychiatrique de la Faculté
Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie
Né le 8 Mars 1905, à Brest*



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE

LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1930

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	NOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie	GOURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puericulture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIFR
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (J.)	MARTIN (J.)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	VERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (A.)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU Ch.

M. BAYLE. Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. LEPINE Président ; FROMENT, Assesseur

MM. DEVIC et DECHAUME, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE,
LE COMMANDANT JASIENSKI,
Officier de la Légion d'honneur

A MA MERE

A MA FAMILLE FRANÇAISE

A MA FAMILLE POLONAISE
de tout temps amie de la France

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LÉPINE
Moyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon
Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique

Je suis heureux de pouvoir lui exprimer ici toute ma gratitude, lorsqu'à la suite de circonstances malheureuses, je me trouvai indécis, ne sachant où diriger mon avenir, j'allai le consulter. Je n'oublierai jamais son accueil, ni ses conseils, ni la place qu'à la Clinique Psychiatrique il me donna à ses côtés. C'est à lui que je suis redevable de l'orientation de ma carrière.

Depuis, sous sa direction bienveillante, j'ai achevé mes études, et commencé de m'initier à la discipline psychiatrique. Qu'il veuille bien trouver ici des remerciements profondément sincères pour la bonté et l'intérêt qu'il m'a si souvent témoignés, et qu'il veuille accepter l'assurance de mon respectueux attachement.

AUX MEMBRES DE MON JURY

AU DOCTEUR EDOUARD LARRIVÉ

*Chef de la Clinique Neuro-Psychiatrique
Médecin-Chef de la Maison de Santé de St-Jean-de-Dieu
Médecin des Asiles*

Nous le remercions de nous avoir inspiré cette thèse et de nous avoir prodigué ses conseils. Il nous fait profiter chaque jour de son expérience. Il est pour nous un guide cordial et très éclairé. Nous sommes heureux de lui exprimer notre reconnaissance et notre respectueuse sympathie.

AUX DOCTEURS DODERO ET CONDEMINÉ

Médecins Chefs de l'Asile de Bron

En remerciement pour la sympathie qu'ils nous ont témoignée en toutes occasions.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les troubles mentaux au cours du tabes ont suscité de nombreux travaux. Quelques thèses ont déjà été faites sur ce sujet. Si, à notre tour, nous avons voulu reprendre cette question, si nous avons cru bon de choisir pour notre thèse ce sujet qui ne présente plus ni le charme ni l'intérêt de la nouveauté, c'est que l'accord, malgré tant de travaux, est loin d'être réalisé, et que l'opinion reste divisée.

Un point du problème, notamment, est l'objet de bien des litiges. Peut-on rencontrer, au cours du tabes, un état déficitaire, voisin de la paralysie générale, mais possédant des caractères cliniques, évolutifs, et des lésions anatomiques qui permettent de le distinguer nettement de la démence de la méningo-encéphalite diffuse et progressive ? Existe-t-il une démence tabétique ? Ces questions, nous avons été amené à nous les poser devant un de nos malades, à la Clinique neuro-psychiatrique du Professeur Lépine. Les sommaires recherches, que nous avons entreprises, nous ont laissé perplexe. D'une façon générale, il existe, dans la science médicale, deux courants d'opinion. Pour les uns, la paralysie générale est à l'origine de la grande majorité des troubles mentaux du tabétique ; elle s'exprime cliniquement par des formes inhabituelles qui font hésiter le diagnostic. Pour les autres,

plus timides dans leurs affirmations, à côté de l'association tabéto-paralytique, on peut observer des formes tellement atypiques, tellement déroutantes qu'avec la meilleure volonté du monde, on ne peut songer à la paralysie générale que pour, en fin de compte, écarter cette hypothèse. Pierret a étudié le syndrome de la paralysie générale au cours du tabes, pour lequel il admettait des lésions anatomiques spéciales. Depuis 1908, il n'a guère été suivi.

Les esprits, nouvellement ouverts à la notion de la commune étiologie de la P. G. et du tabes, n'étaient guère enclins à séparer ce qui venait d'être récemment uni. L'association tabéto-paralytique satisfaisait trop la raison pour qu'on admît facilement de porter un premier coup à cette construction harmonieuse, surtout devant une démonstration qui, si ingénieuse qu'elle fût, n'entraînait pas la certitude.

Depuis, des observations nouvelles ont été produites. Le Professeur Claude a décrit, avec preuves à l'appui, la méningo-encéphalite syphilitique aiguë des tabétiques. Surtout, un nouveau courant s'est dessiné qui tend à la limitation de la maladie de Bayle. On commence à s'apercevoir que le domaine de cette affection a peut-être été excessivement étendu, qu'on a porté ce diagnostic avec une trop grande facilité. Une thèse est venue grouper un certain nombre de faits qui sont manifestement des erreurs de diagnostic. Peut-être ce mouvement est-il favorable à la révision de notre procès ? A la lumière des idées nouvelles, nous avons donc entrepris d'examiner ce vieux problème. Nous n'avons pas l'ambition d'apporter une

solution définitive à une question qui a suscité tant de controverses. Du reste, quelle notion, en médecine, peut se flatter de vivre, figée dans une immobile et orgueilleuse affirmation? Nous tenterons seulement un éclairage plus moderne, une prise de vue sous un angle plus récent, heureux d'aborder à notre tour un problème qui fut traité par nos devanciers. Rougier et Salin, qui ont attaché leurs noms à l'étude des troubles mentaux du tabes, furent internes de la Clinique Psychiatrique, à l'Asile de Bron. C'est avec un peu de fierté et beaucoup de craintes, que nous marcherons dans le sillon qu'ont tracé ces brillants aînés.

Nous remercions le Docteur Larrivé qui a bien voulu nous guider dans notre travail et qui a élargi le champ de nos recherches en nous ouvrant son service à la Maison de Santé de St-Jean-de-Dieu ; le Docteur Condemine qui a mis à notre disposition les ressources de sa bibliothèque ; le Docteur Christy, qui nous a aimablement accueilli à la Clinique neuro-psychiatrique, et nous a communiqué une observation ; notre ami, le Docteur Chaillet, qui nous a complaisamment aidé dans nos recherches de laboratoire. Nous voudrions que ce travail soit plus digne des brillants collaborateurs qui nous ont assisté.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

Duchenne, de Boulogne, n'avait pas encore décrit la maladie à laquelle son nom devait rester attaché, le tabes n'était pas encore distingué des autres affections médullaires, que, déjà, les cliniciens avaient noté l'association de troubles mentaux d'ordre démentiel à un syndrome ataxique, mais sans discerner dans cet ensemble complexe les éléments qui le constituaient. Pour arriver à la compréhension des cas de ce genre, il faudra attendre la description de l'ataxie locomotrice ; la séparation de la paralysie générale, déjà décrite en 1822 par Bayle sous le nom d' « Arachnitis chronique », des divers accidents nerveux et des nombreuses psychopathies avec lesquels on la confondra longtemps encore ; et enfin l'étude qu'en 1879 Fournier consacra aux troubles mentaux de la syphilis cérébrale. Grâce à l'acquisition de ces trois points fixes, véritables phares qui permettent de s'orienter au milieu de la confusion et du désordre, on pourra interpréter les observations cliniques jusqu'alors restées obscures.

La connaissance des troubles qui peuvent affecter l'intégrité psychique et la capacité intellectuelle des tabétiques est donc liée étroitement à l'histoire des affections syphilitiques ou parasymphilitiques. C'est pourquoi nous retrouverons, au cours de ce bref historique, les grandes dates qui ont jalonné les progrès, depuis plus d'un siècle, nous avons fait dans l'étude de ces affections. Il fallait, pour qu'on remarquât la coloration particulière, la résonnance propre, que le tabes imprime aux réactions délirantes qui coexistent avec lui, que l'immense domaine inconnu (qu'aujourd'hui nous savons être celui de la syphilis nerveuse) fut méthodiquement démembré en affections autonomes cliniquement et anatomiquement définies.

Bien qu'il soit souvent arbitraire d'établir des compartiments et des barrières, au cours d'une évolution ininterrompue et fluide comme la coulée d'une rivière, pour la commodité de notre description nous diviserons cet historique en trois périodes :

La première qui commence en 1822, avec la description de Bayle et l'individualisation de la paralysie générale (nous n'avons pas voulu remonter plus haut), s'étend jusqu'à la thèse de Rougier, en 1882. Pendant cette période, on observe les faits, on rapporte des observations, on accumule des matériaux.

Avec Pierret et son élève Salin, commence une ère de discussion théorique ; on se préoccupe d'interpréter les faits, de les classer. On élabore des hypothèses, on construit des systèmes. Bien que la discussion ne soit jamais close, que toute notion pour persister se modifie sans cesse, et que, comme nous le verrons, la lu-

mière est loin d'être faite et l'accord réalisé sur nombre de points intéressants du problème, nous arrêtons cette seconde période à la Thèse de Salin, 1908.

Alors, nous entrons dans la période actuelle, marquée par l'acquisition définitive de notions incontestables, sur lesquelles une description d'ensemble peut désormais s'appuyer. Dès lors, nous voyons apparaître une série de monographies, vastes panoramas embrassant dans la synthèse des travaux épars, la totalité des troubles mentaux du tabes. Cependant les opinions des différents auteurs sont loin de concorder; depuis la dernière étude faite par Mlle Boudier dans sa thèse, nos connaissances se sont complétées. A notre tour, nous tenterons la mise au point provisoire d'une question qui a souvent été étudiée.

Première période, 1822-1832.

Elle débute, un peu arbitrairement peut-être, avec les travaux de Bayle sur la Paralyse générale. Certes longtemps encore, on distinguera deux sortes de paralyse générale, l'une terminaison ordinaire de diverses maladies mentales, l'autre véritable entité morbide caractérisée cliniquement, anatomiquement, et évolutivement, dénommée en 1822 par Bayle « Arachnitis chronique ». Certes, dans la paralyse générale, on comprendra jusqu'à Falret des symptômes tels qu'amyotrophies, paraplégies, hémiplegies, divers accidents hystériques. Mais, dès ce moment, un cadre est établi, un élément fixe, autour duquel travailler, et de fait, dès cette époque, l'on retrouve une observa-

tion où avec un syndrome ataxique coexistent des troubles démentiels, d'ordre paralytique, citée dans la Thèse de Calmeil. Baillarger, en 1833-34, constate des faits analogues. Mais il faut attendre les travaux presque concomitants de Horn, en Allemagne et de Calmeil en France pour voir nettement relater les rapports de l'ataxie et de la paralysie générale. Ainsi les premiers troubles mentaux signalés au cours du tabes sont des associations tabéto-paralytiques.

En 1858, Duchenne (de Boulogne) décrit la maladie à laquelle son nom devait rester attaché. C'est une grande date dans cet historique ; c'est l'acquisition d'un second point fixe et définitif, autour duquel graviteront et s'ordonneront les hypothèses et les observations. Désormais, du désordre et de la confusion émergent deux sommets : la paralysie générale progressive, l'ataxie locomotrice.

Baillarger qui, auparavant, avait observé des associations tabéto-paralytiques sans pouvoir dissocier cet ensemble complexe en ses éléments constituants, étudie, à la lumière des travaux de Duchenne, les rapports des deux affections. Il en rapporte cinq observations et conclut à la grande diversité des troubles intellectuels que peut affecter la paralysie générale alliée au tabes. Topinard, un peu plus tard (1864), se préoccupe de l'existence en dehors de la paralysie générale, de troubles démentiels propres au tabes et croit pouvoir distinguer une forme cérébrale de l'ataxie locomotrice. Jaccoud propose des conclusions analogues.

En 1865, Marius Carre conclut que le tabes peut

s'associer à la paralysie générale pour déterminer des troubles intellectuels de forme spéciale. Bouchereau, en 1872-73 signale également des associations tabétoparalytiques.

En 1875, avec les « Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale », de Rey, les maladies de l'affectivité et les débris systématisés entrent en scène. Cet auteur signale quatre cas d'état mélancolique avec lypémanie anxieuse et délire de persécution.

En 1879, c'est la thèse de Masson : « Des rapports de la paralysie générale avec l'ataxie locomotrice ». C'est surtout la « Syphilis du cerveau » de Fournier, et avec cet ouvrage un troisième sommet émerge de la brume. Fournier établit le rôle de la syphilis dans la genèse de nombreux états psychopathiques. Cette conception, qui nous paraît toute naturelle aujourd'hui tant elle est familière, à l'époque où elle fut émise, parut d'une singulière hardiesse. On en jugera par l'extrait suivant emprunté à Fournier lui-même, qui fera également saisir l'importance de cette véritable révolution dans les doctrines psychiatriques d'alors.

« Plusieurs fois, je me suis heurté à des contradictions énergiques, à des improbations absolues. Les aliénistes surtout, — que mes très honorés confrères veuillent bien me pardonner cette légère critique — se montrent intraitables sur le chapitre des folies syphilitiques auxquelles ils croient peu, — parlons net, auxquelles ils ne croient pas du tout, au moins pour la plupart. Et partant, ils ne se prêtent pas, ou ne se

prêtent qu'avec une répugnance mal dissimulée au traitement antisypilitique des troubles cérébraux en question ici, que d'autres au contraire s'efforcent de rattacher à la syphilis et de combattre par une médication appropriée. Je connais leurs objections, leur incrédulité à ce sujet. J'ai subi le feu de leurs railleries, d'ailleurs fort amicales — j'aurais mauvaise grâce à l'oublier. A les en croire, les syphiligraphes, et moi plus particulièrement encore, nous ne verrions partout que la vérole dans notre système ; il faudrait soigner tous les fous par le mercure ou l'iode et les Asiles d'aliénés ne deviendraient bientôt plus que des succursales du Midi et de St-Louis, etc... »

En 1881, Luys, dans son « Traité clinique des maladies mentales » signale le premier dans le cours du tabes l'existence de troubles moraux accentués, caractérisés soit par de l'irritabilité, soit par une apathie profonde. Il remarque d'ailleurs que l'évolution de ces troubles aboutit le plus souvent à la constitution d'une paralysie générale.

A l'étranger, les auteurs font des constatations parallèles. Romberg et Hasse soutiennent bien que les fonctions psychiques ne sont qu'exceptionnellement troublées par le tabes. Cependant, à l'encontre de cette assertion, Einsenmann, en 1853, signale des cas d'ataxie s'accompagnant de dépression, d'anxiété mélancolique et d'hallucinations. En 1866, Eulenburg reconnaît que dans les périodes ultimes du tabes on voit apparaître « des formes d'imbécillité modérée, des dérangements d'esprit, sous forme de délire avec confusion, d'excitation maniaque et mélancolique qui

n'ont certainement aucun rapport avec la démence paralytique ». Westphal, en 1867, signale des démen-ces survenues au cours du tabes, différant par l'absence de troubles de la parole de la forme habituelle de la paralysie générale. En 1868, Bénédict observe des symptômes psychiques, caractérisés surtout par un état dépressif, accompagnant un tabes. Puis, en 1871, un mémoire de Tigges contient 3 observations de tabes uni à de la mélancolie. En 1878, Schüle décrit une forme organique du tabes cérébral et une forme psychique.

Tous ces faits, scientifiquement observés, ces constatations s'appuyant les unes les autres, viennent ébranler les esprits, et l'on commence à ne plus accepter comme un dogme intangible les opinions de quelques maîtres : « Je n'ai jamais constaté dans les cas simples, c'est-à-dire sans complication, ni hésitation de la parole, ni tremblement des lèvres et de la langue, ni la folie ambitieuse. J'ai été au contraire frappé de l'intégrité des facultés intellectuelles ». (Duchenne, de Boulogne). « En dépit des graves symptômes que je viens d'analyser, les individus atteints d'ataxie locomotrice progressive, conservent presque tous jusqu'à la fin l'intégrité de leurs facultés intellectuelles (Trousseau). « Les facultés, jusqu'à la fin restent intactes » (Grisolle).

Deuxième période, 1882-1908.

Avec la thèse de Rougier « Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques »,

commence une ère nouvelle. Jusque là, on a accumulé des observations, on a rassemblé des matériaux. Certes, les auteurs ne se sont pas défendus d'interpréter les faits qu'ils rapportaient. Topinard, en particulier, s'était occupé déjà des troubles démentiels propres au tabes. Mais Rougier, le premier, exprimant les idées de son Maître Pierret, élabore une synthèse, échafaude un système. S'appuyant sur un ensemble de neuf observations, il établit que les troubles sensoriels du tabes, en particulier les troubles cénesthésiques et l'amaurose, peuvent déterminer un délire spécial constitué par des réactions mélancoliques et des idées de persécution. Il s'agit d'une vraie psychose tabétique dont le diagnostic repose sur la constatation de quatre caractères principaux qui suffisent à lui donner une individualité indéniable, à savoir :

la nature des hallucinations (?),

la réalité des troubles sensitifs et sensoriels,

la concordance de tous les troubles intellectuels dus à l'identité de la lésion.

l'intermittence du délire.

Et pour mieux appuyer sa conception, Pierret décrit le tabes psycho-sensoriel, maladie du système centripète intéressant toutes les voies nerveuses d'accès, ou voies sensitives, non seulement le neurone périphérique intra ou extra-médullaire, mais encore « cette région du cortex cérébral que l'on sait très bien être aujourd'hui le point où toutes les impressions, venant du dehors, viennent en fin de compte acquérir la modalité psychique, c'est-à-dire, dans la moitié postérieure des hémisphères ». Puis il oppose à l'ataxie

locomotrice ainsi conçue, un « tabes psycho-moteur », expression d'une lésion similaire mais localisée aux voies motrices, qui n'est autre que la paralysie générale vulgaire.

Dès son apparition, cette théorie est combattue.

Marie et Warton (1883) considèrent que les troubles sensoriels ne sont pas une cause de délire chez les tabétiques.

Foville tient pour exceptionnels les cas de folie tabétique.

Rey fait remarquer que « les symptômes de ce prétendu délire tabétique se montrent également dans d'autres affections de la moelle qui n'intéressent pas exclusivement le système nerveux sensitif ».

En 1892, Nageotte défendant les idées de son Maître Raymond, entreprend la critique de la thèse de Rougier et croit pouvoir entacher de paralysie générale, quatre des observations qui y sont consignées. Pour lui, tous les troubles mentaux qu'on constate dans le cours du tabes, doivent être rapportés à une complication de la maladie par la paralysie générale.

Pendant ce temps, Fournier a poursuivi la série de ses travaux. Depuis 1879 jusqu'à sa dernière leçon sur les affections parasymphilitiques en 1894, il ne cessera de revendiquer, sinon la nature, du moins l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale. C'est l'époque de la mémorable discussion à la Société Médicale des Hôpitaux, où, tour à tour, Raymond, unificateur, Gilbert Ballet et Joffroy, ces derniers dualistes, rivalisent d'arguments.

En 1897, reprenant les idées de Pierret, Parisot étu-

die la démence tabétique et en fait une forme spéciale de délire. Il étudie bien la stasobasophobie et les états psycho-névropathiques des tabétiques.

En 1901, Diculafoy admet l'existence d'une « folie tabétique ».

Cassirer, en 1903, rapporte de nombreuses observations et étudie les diverses associations des psychoses et du tabes. Il s'élève contre la facilité vraiment trop grande avec laquelle on porte le diagnostic de paralysie générale. Il sépare bien les faits dans lesquels le délire, basé sur des hallucinations, semble revêtir une forme un peu spéciale, des autres formes de délire ou des psychoses d'intoxication survenues chez les tabétiques.

Parhon et Minéa étudient un cas de tabes et de délire de persécution. Dans leur observation, il n'y a aucun signe somatique de paralysie générale. L'autopsie confirme leur diagnostic.

En somme, ces derniers auteurs s'insurgent contre la trop grande vigueur de la conception en vogue. En effet, depuis qu'on admet la syphilis à l'origine du tabes et de la paralysie générale, la tendance des esprits est de voir dans tous les troubles mentaux qui affectent l'intégrité psychique du tabétique une complication par la paralysie générale.

C'est contre cette opinion trop simpliste que Salin va s'élever en 1908. Déjà son maître, le Professeur Pierret, en particulier, au Congrès des Aliénistes de Blois, et au Congrès de Moscou (1897) avait appelé l'attention sur les longues rémissions spontanées du délire mégalomaniac et de la démence chez les

« tabétiques sensitifs corticaux ». S'appuyant sur ces faits, il tente d'établir que chez ces malades, on peut voir survenir un syndrome spécial voisin de la paralysie générale, mais s'en distinguant par quelques symptômes cliniques, par une évolution lente et irrégulière, par des lésions spéciales. Pour expliquer la pathogénie de ce syndrome, Salin invoque la théorie des rappels que Pierret avait élaboré avec Charcot.

Ce dernier ouvrage met une fin à notre seconde période. Désormais l'inventaire des troubles mentaux qu'on peut observer au cours du tabes paraît complet. Si certaines questions sont encore en litige, cependant les revues générales, rassemblant les travaux antérieurs, pourront voir le jour. Après le travail d'analyse, voici venir les efforts de synthèse.

Troisième période, 1908-jusqu'à nos jours.

En 1910 paraît une importante monographie, due à Truelle, intitulée « Les troubles mentaux dans le tabes ».

En 1911, c'est la thèse de Desruelles qui, sans apporter de conclusions bien nettes, fait une place, à côté des troubles relevant de la méningo-encéphalite diffuse, « à des lésions méningo-encéphaliques dont l'expression clinique essentiellement variable peut revêtir la forme d'un délire plus ou moins systématisé, plus fréquemment d'une démence simple. »

De 1910 à l'année 1916, sont rapportées à la Société clinique de Médecine mentale et à la Société Médico-Psychologique, de nombreuses observations à l'aide

desquelles les auteurs essaient de préciser les rapports qui unissent les troubles mentaux au tabes. Ainsi font Klippel et Lévy-Darras, Vigouroux, Hérisson et Laparre, Vigouroux et Pruvost, Truelle et Cornet, pour ne citer que les principaux. De ces différentes observations, Mlle Boudier, dans sa thèse, donne l'analyse suivante :

« Les accidents psychopathiques (apparus au cours d'un tabes confirmé) se résument à un état habituel d'excitation avec conceptions délirantes, compliqué ou non de troubles psycho-sensoriels. Les idées mégalomanes sont de règle, la systématisation du délire généralement nulle. Enfin le délire se présente avec des caractères de mobilité, de contradiction, de niaiserie, et d'absurdité qui le rapprochent singulièrement des délires similaires de la paralysie générale.

« Il n'est pas toujours possible, quand ce délire disparaît, de mettre en évidence un affaiblissement intellectuel nettement appréciable ; d'autre part ceux des signes physiques habituels de la méningo-encéphalite diffuse qui ne sont pas communs au tabes, restent douteux ou sont absents.

« A mesure que l'affection évolue, les signes déficitaires s'accusent, deviennent indéniables, en s'écartant cependant, disent les auteurs, de la symptomatologie ordinaire de la paralysie générale »

D'autre part, Claude, en 1912 et 1913, signale à l'attention « la méningo-encéphalite syphilitique aiguë des tabétiques ». Il rapporte une observation, avec confirmation anatomique, que nous citerons dans un chapitre ultérieur.

En 1916, c'est la thèse de Lucie Boudierlique, nouvelle étude d'ensemble des troubles mentaux du tabes, et discussion serrée du syndrome admis et décrit par Salin. Cet auteur invoque la parenté des caractères cliniques de la démence tabétique et de ceux qu'on retrouve dans certaines paralysies générales authentiques. Elle rappelle que dans certaines démences, dites tabétiques, on a trouvé des lésions de méningo-encéphalite chronique diffuse identiques à celles de la paralysie générale. — Conclusion : « Il est maintenant universellement admis que la très grande majorité des troubles mentaux constatés dans le tabes ressortissent à une paralysie générale associée, antérieure, contemporaine, ou le plus souvent postérieure à l'affection méningo-radiculo-médullaire. » Cependant un peu plus loin, on trouve ces lignes, atténuant la rigueur de cette affirmation : « Parfois, il s'agit de lésions méningo-encéphalitiques syphilitiques encore mal définies quant à leur symptomatologie clinique et réalisant en quelque sorte dans le cerveau ce qu'est à la moelle le syndrome Guillain-Thaon. »

En 1919, Schmitt fait paraître son travail « Die Tabes-Psychose ».

En 1922, dans son « traité des Maladies du système nerveux, Claude s'exprime ainsi : « En dehors de la paralysie générale, on peut observer chez les tabétiques des méningo-encéphalites aiguës ou subaiguës à évolution rapide et nettement d'origine syphilitique sur lesquelles j'ai appelé l'attention. »

Puis, à propos de la syphilis cérébrale : « Les lé-

sions cérébrales disséminées donnent lieu au tableau clinique de la pseudo-paralysie générale. Il s'agit de cas qu'il convient de distinguer de la paralysie générale vraie. En effet, les lésions ne sont pas diffuses-ni généralisées ; elles sont limitées à des territoires de certaines circonvolutions. Tantôt du type inflammatoire, tantôt du type nodulaire, elles engendrent des troubles différents de la méningo-encéphalite diffuse. L'affaiblissement intellectuel est moins prononcé ; les états délirants sont plus rares ; la persistance de l'auto-critique, des sentiments affectifs, est assez manifeste. En revanche, la mémoire, surtout pour les faits récents, peut être très altérée et même complètement perdue, la dysarthrie très prononcée ; des monoplégies ou des crises jacksoniennes sont fréquentes ainsi que des ictus. La thérapeutique a une action favorable dans ces cas. »

En 1922, Urechia étudie l'anatomie pathologique des psychoses tabétiques.

En 1924, Péron signale deux cas de tabes avec troubles mentaux. Targowla reprend pour le préciser et le distinguer des interprétations délirantes de symptômes pathologiques, le syndrome de Pierret-Rougier. Roubinovitch, Minkowski et Monestier publient un cas mes somatiques dus à un tabes. Genac et Péron observent un cas de tabes avec idées de négation suivi plus tard d'une vérification anatomique, par Trénel.

En 1925, Gougerot, Meyer, Weil et Spire insistent sur la fréquence des psychopathies simulant la parade psychose tabétique par interprétation de symptômes paralysie générale chez les tabétiques.

En 1926, Targowla et Lamache publie chez un hérédo-syphilitique l'observation d'un tabes fruste s'accompagnant de troubles psychiques.

En 1928, Crouzon, Vogt et Delafontaine signent une revue générale de la question. Sengès publie un cas de tabes avec troubles mentaux dans lequel il a fait une tentative de traitement par la tryparsamide.

En 1930, Marchand et Carrette décrivent un cas de délire de persécution chez un tabétique, dans lequel aucun lien n'unit la psychose à l'affection médullaire.

Nous utiliserons ces documents récents dans la suite de notre étude. En même temps, quelques auteurs prennent le soin de décrire des formes de paralysie générale atypiques par la lenteur de leur évolution (Targowla et Lacan) ou par leur symptomatologie.

Lhermitte, en 1924, étudie dans un article très informé la question des paralysies générales prolongées, et Parant consacre sa thèse à la limitation du domaine de la maladie de Bayle, et au diagnostic des syndromes paralytiques chez les syphilitiques en dehors de la paralysie générale. Ces travaux jettent un jour nouveau sur la question qui nous occupe. On commence à se demander devant certaines formes dissidentes si le diagnostic de paralysie générale n'est pas trop facilement porté ; si, à côté de cette affection extrêmement fréquente, il n'y aurait pas place pour une psychopathie analogue à celle que décrivait déjà Fournier en 1879 sous le nom de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique, dont le pronostic

serait plus favorable en raison des rémissions prolongées, et de l'efficacité du traitement. Le Professeur Gougerot, dès 1925, s'exprimait en ces termes : « On porte encore trop souvent le diagnostic de paralysie générale progressive et on a trop tendance à interpréter certains troubles psychiques comme étant la première manifestation de cette affection... Il existe chez les tabétiques, de nombreux cas de psychopathies simulant la paralysie générale mais cédant à un traitement antisiphilitique intensif. »

Après avoir passé en revue les différents troubles mentaux que présentent les tabétiques, sur lesquels la majorité des auteurs sont actuellement d'accord, c'est à cette importante question du syndrome paralytique, toujours en litige, que nous consacrerons la plus grande partie de cette étude et de nos efforts.

DEUXIÈME PARTIE

Les troubles mentaux des tabétiques à l'exclusion du syndrome paralytique

CHAPITRE PREMIER

Le psychisme du tabétique

Il nous faut remarquer tout d'abord que des troubles mentaux ne se voient qu'exceptionnellement au cours du tabes; que ceux-ci ne font pas partie de la symptomatologie habituelle de cette affection, et n'y figurent au contraire qu'à titre de complication. Pour qu'un syphilitique fasse un tabes, on sait déjà qu'il faut qu'il présente un terrain spécial. Autrefois, où l'évolution de la toxi-infection syphilitique n'était guère modifiée par la thérapeutique que nous lui opposons maintenant, les cliniciens avaient bien remarqué l'importance de cette question du terrain dans l'étiologie du tabes, sur laquelle le Professeur Lépine a coutume d'insister dans son enseignement. La sclérose médullo-radiculaire postérieure se montre, dans la majorité des cas, chez des individus dont les réflexes ont acquis un caractère de haute précision par la discipline à laquelle ils les ont soumis; chez des individus qui ont intellectualisé leurs réflexes : le maître d'armes, le ciseleur, pour citer quelques exemples; chez des malades qui ont surmené leur système nerveux. De même, pour que

le tabes se complique de troubles mentaux, il faut que le terrain, sur lequel il évolue, soit favorable, préparé par une hérédité névropathique, par des facteurs toxico-infectieux, par des désordres organiques, par des lésions cérébrales.

Tant que le tabes demeure pur, c'est-à-dire localisé exclusivement à la moelle, chez un individu d'une constitution psychique normale, sans antécédents névropathiques, vivant dans de bonnes conditions d'hygiène générale, soustrait aux causes d'intoxication chronique comme l'est si souvent l'alcoolisme, on n'observe pas de troubles mentaux. Et Pierre Marie a pu écrire : « Dans les cas ordinaires, la capacité mentale des tabétiques est bonne, aussi bonne qu'avant leur maladie quoi qu'en disent certains auteurs. Regardez autour de vous, Messieurs, et jugez : il n'est pas de carrière libérale qui, de notoriété publique, ne regorge de tabétiques en pleine possession de leurs facultés intellectuelles : tel est un musicien applaudi ; tel autre est homme de lettres de premier ordre ; celui-ci homme d'Etat, celui-là homme d'affaires, j'entends de grandes affaires. Pour ne citer que les morts : le peintre Manet était tabétique, Henri Heine était tabétique, et n'oubliez pas, messieurs, qu'à Bapaume, Faidherbe l'était déjà ».

Cependant, il est curieux de remarquer qu'à plus d'un titre, le tabétique est menacé dans son intégrité psychique. Sur lui, s'exercent de multiples influences fâcheuses qui ne peuvent que l'engager dans la voie du délire et de l'aliénation. C'est, au premier chef, un syphilitique. Et comme tel, s'il la connaît, sa maladie

agira comme facteur psychologique, moral, émotif, déterminant des phobies, des obsessions, des crises d'anxiété pouvant aboutir au suicide, un état neurasthénique que tous les syphiligraphes connaissent bien et qu'André Ceillier a décrit en 1923, dans un article du *Bulletin Médical*. Quel praticien n'a pas eu l'occasion de voir de ces malades, venant, après avoir successivement essayé tous ses confrères, lui demander de les sauver d'une déchéance qu'ils imaginent rapide et précoce ? Récemment l'on nous parlait d'un malade qui, venant de contracter la syphilis, après s'être livré à un minutieux travail de documentation, implorait de son docteur d'être impaludé au plus tôt.

Le malade peut ignorer l'affection dont il est atteint. Mais la syphilis agira encore comme facteur d'auto-intoxication et de méningite (toxémie et méningites tertiaires), déterminant des céphalées, de l'insomnie, de l'asthénie générale, des douleurs, des vertiges, capables à la longue de déterminer des troubles mentaux caractérisés, tout au moins de provoquer des modifications de l'humeur, du caractère, tout un ensemble de perturbations dites morales.

Dans le cours du tabes apparaissent des douleurs violentes qui ne peuvent manquer de retentir sur le moral du malade. Peu d'affection sont aussi pénibles que le tabes. Et Rougier écrit : « Les expressions manquent aux tabétiques quand ils veulent donner une idée des souffrances qu'ils endurent. Aussi variées dans leurs formes que dans leur durée, ils les comparent à des décharges électriques, à des morsures, à des arrachements de chair. Il leur semble qu'on les

brûle intérieurement, qu'on les empale, qu'on les frappe à coups de poignard, qu'on leur broie les os. A les entendre, on croirait assister à une scène de torture et jamais malheureux soumis à la question n'a senti ses jambes éclater sous les brodequins, ses membres se rompre sous la roue, ou sa chair frémir sous le fer rouge avec une intensité comparable aux douleurs que ces effroyables sensations déterminent chez les pauvres tabétiques. » Il est certain que des manifestations de ce genre ne sauraient exister sans compromettre l'équilibre du caractère le mieux trempé, et il faudrait vraiment être doué d'une force de volonté extraordinaire et d'un optimisme à toute épreuve pour échapper à l'étreinte de la souffrance en conservant toute sa sérénité.

Enfin, le tabétique présente parfois des troubles sensoriels graves qui peuvent avoir une fâcheuse influence sur son psychisme. Des organes des sens fidèles dans leur perception des phénomènes extérieurs, des voies de transmission parfaites, et une élaboration saine de la sensation, sont les conditions nécessaires d'un jugement normal. Le rôle de la sensibilité est loin d'être négligeable. Les sensations nourrissent notre entendement. « Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu. » Or le tabes, maladie avant tout de la sensibilité, peut léser les diverses parties de notre appareil sensitif ; il dénature ainsi et bouleverse les données que les sens recueillent et qui sont autant de documents que nous recevons sur le monde extérieur et sur notre propre organisme. La cénesthésie est souvent atteinte. Les sensations internes de-

viennent étranges, pénibles. Le toucher s'altère ; l'odorat, le goût sont émoussés, à moins qu'ils ne soient pervers. L'ouïe fournit des impressions bizarres. Mais c'est surtout la vision, le premier de nos sens, qui est le plus fréquemment atteinte. Rien n'est plus fréquent que les troubles oculaires au cours du tabes, depuis le simple brouillard devant les yeux jusqu'à l'amaurose complète. Et comme la vue nous livre les renseignements les plus précieux, comme elle constitue pour nous le sens le plus nécessaire, il n'est pas étonnant que l'on retrouve avec une fréquence beaucoup plus grande des troubles mentaux dans le tabes amaurotique.

Entendons-nous : l'altération d'un seul sens ne suffirait sans doute pas à créer un terrain favorable à l'éclosion d'un délire. Nous le voyons bien chez les aveugles qui ne sont que des aveugles : les autres sens sont là dont les données exactes redresseront les sensations faussées que nous livre le premier. Mais la plupart du temps, ce n'est pas un, mais plusieurs organes qui sont lésés. Et qu'on se représente alors le psychisme du malade envahi par des sensations nouvelles, étranges, incohérentes, qui ne concordent plus les unes avec les autres, qui toutes sollicitent son interprétation dans des sens différents. Le monde extérieur et aussi son propre corps lui apparaissent sous un nouvel aspect, désordonné, incompréhensible, et même chez un individu mentalement solide peut naître un sentiment d'étrangeté, fondement de bien des délires et premier terme de bien des désagréments psychiques.

Mais ce n'est pas tout ; ces organes lésés peuvent être l'origine et la source d'illusions et d'hallucinations comme nous le verrons dans l'étude de la psychose de Pierret-Rougier. Dans bien des cas, les malades se rendent nettement compte de la nature morbide de ces manifestations. Mais parfois, celles-ci se présentent avec une intensité, une persévérance, un air de réalité, tels qu'il devient impossible de ne pas y ajouter foi et de ne pas en devenir la victime. Nous n'avons en vue ici qu'un tabétique mentalement normal et sain. Mais qu'on juge des ravages que de tels phénomènes peuvent faire sur une intelligence débile.

Ces différents facteurs nous font comprendre la mentalité du tabétique et des changements — nous n'employons pas encore le mot : troubles — qui peuvent survenir dans sa manière d'être. Il ne s'agit pas de psychoses, et le médecin a rarement l'occasion de les constater. On ne va pas consulter pour si peu. L'entourage même du malade ne les remarque qu'à la longue, et ne les rapporte pas à leur véritable cause.

Ce qu'on observe d'abord, chez ces malades, ce sont des modifications de l'humeur. On a décrit l'indifférence allant parfois jusqu'à l'euphorie ; ce n'est pas dans ce sens, croyons-nous, que l'humeur d'un tabétique, qui ne présente pas de troubles mentaux, peut s'altérer. L'indifférence serait ici un symptôme extrêmement suspect, parce que discordant, et l'on serait en droit de s'orienter dans la recherche d'un affaiblissement intellectuel au début. Ce qu'on rencontre dans le cours normal d'un tabes pur, exclusivement localisé à la moelle, ce sont des altérations

qui s'accordent avec la condition misérable du malade. Celui-ci a véritablement des motifs d'être sombre, renfermé en lui-même, taciturne. Si bien des gens, pour quelques douleurs légères à l'estomac, deviennent misanthropes, il est bien permis à notre malade de se montrer inquiet, hargneux, hostile. Ses préoccupations hypochondriaques ne sont que trop justifiées. Souvent c'est un homme à qui toute occupation devient impossible. La marche lui est interdite : ses jambes ne le portent plus ; s'il se risque encore dans la rue, il est un objet de curiosité de la part des passants ; pris de peur, il n'ose traverser la chaussée.

A son foyer il se voit frappé cruellement dans son orgueil viril et dans ses affections. Encore jeune, comment pourrait-il se résigner à l'impuissance qui fait de lui un vieillard ? L'on sait comme certains malades s'inquiètent de leur sexualité. Il suffit, chez des gens bien portants, d'un simple varicocèle pour faire éclore un délire de revendication. Le tabétique impuissant devient facilement jaloux. Quelquefois ses rêveries se teintent d'érotisme, son imagination se pervertit.

Mécontent de lui-même, le malade devient vite susceptible et irritable. Tel, qui avait fait preuve jusque là, d'une bonne humeur continuelle, s'emporte maintenant pour un rien. Il ne supporte plus la contradiction. Ce sont brusquement des accès de colère que rien ne justifie. Si son ataxie le lui permettait, il deviendrait facilement violent. D'autres fois, et cela suivant la mentalité première, le malade devient apathique. Il sombre dans un engourdissement proche de

la torpeur. Il somnole souvent et cesse de s'intéresser à tout ce qui ne concerne pas son état. Ce n'est certes pas de l'indifférence, mais une concentration de l'esprit sur sa misère et sur ses maux. L'affectivité s'émousse, le malade ne peut plus s'apitoyer que sur lui-même. Ce ralentissement de l'activité psychique peut parfois en imposer pour un affaiblissement intellectuel : on confond inertie avec état déficitaire. Chez le tabétique qui n'est que cela, il n'y a pas diminution de la capacité mentale. Sa responsabilité reste entière. On n'observe que des perturbations du caractère et de l'humeur qui peuvent être assez profondes pour entraîner un fléchissement de l'activité générale, de la paresse intellectuelle, de l'aboulie, de l'apathie. La plupart, malgré tout, si l'incoordination ne les en empêche pas, conservent leur profession, sont assez maîtres d'eux-mêmes pour ne pas laisser paraître à l'extérieur le changement qui s'est fait en eux. Ils réservent leur humeur méchante et leur irritabilité pour leur entourage, et se comportent souvent à leur foyer en véritables tyrans.

On trouvera un cas intéressant de ce genre dans l'observation N° 46 sur laquelle nous appuyons la présente description.

CHAPITRE II

Psychoses constitutionnelles **Psycho-névroses** **Psychoses toxiques et infectieuses** **au cours du tabes**

Nous groupons dans ce chapitre les différents troubles mentaux qu'on peut observer à l'occasion d'un tabes, et qui n'ont avec lui aucun rapport étiologique direct.

Il est évident que la sclérose médullaire postérieure n'est pas exclusive d'une affection mentale, de même qu'une affection mentale ne préserve pas de la syphilis, ni, plus tard, du tabes. On rencontre donc deux sortes de cas suivant que le tabes apparaît ou se développe au cours d'une psychopathie préalablement établie, ou que celle-ci survient au cours d'un tabes déjà constitué, à un moment quelconque de son évolution. Le premier ordre de faits serait peu intéressant, si le tabes, avec les différents troubles psycho-sensoriels et moteurs qu'il traîne après lui, n'était capable de modifier le délire préexistant. Nous avons vu, au cours du chapitre précédent, quelles perturbations cette af-

fection peut réaliser dans une intelligence saine ; on pense bien que sur un psychisme désorganisé, les désordres seront au maximum. Le tabes marque de son sceau la psychose : tendances lypémaniques et idées vagues de persécution, telles sont ses armes. Il agit sur la forme et sur le contenu du délire.

Dupré et Lévi rapporte l'histoire d'un débile qui, hystérique et tabétique, fit un délire de zoopathie interne par interprétation hypochondriaque de ses symptômes. Il croyait avoir un ténia dans le ventre et expliquait par les migrations de ce parasite tous les symptômes qu'il ressentait.

Cependant il ne faudrait pas trop généraliser. Il est des cas où la psychose et la maladie médullaire s'ignorent, évoluent pour leur propre compte sans qu'on puisse remarquer entre elles aucune réaction réciproque. Kahn en a donné quelques exemples, et Joffroy a suivi, pendant huit années une malade tabétique qui présentait un délire chronique, absolument typique, à base d'interprétation délirante, sans qu'elle ait jamais songé à invoquer dans son délire les douleurs fulgurantes pourtant effroyables qu'elle éprouvait.

Le second ordre de faits mérite davantage de retenir notre attention : Le tabes apparaît chez un individu apparemment normal ; postérieurement se développe une psychose qu'aucun lien direct ne rattache à l'affection première. Cette psychose peut appartenir à l'un quelconque des cadres psychiatriques, et à cette occasion, si l'on voulait dresser la liste des différentes folies rencontrées, il faudrait énumérer

la plupart des affections mentales. On peut voir apparaître un accès maniaque, un délire systématisé, un état neurasthénique, des manifestations hystériques. Ici, c'est la question du terrain qui est de première importance. Dans les antécédents de ces malades on retrouve le plus souvent quelque tare familiale. L'individu présente une constitution psychique anormale, et apparaît un prédisposé, et dès son enfance, avec une étude approfondie de ses ascendances et de ses réactions personnelles, on aurait pu prévoir qu'à l'occasion d'une cause minime déchainante, il verserait dans la folie. Le *tabes* ne joue ici qu'un rôle épisodique ; il apparaît comme cause occasionnelle, et révèle un trouble psychique préalablement latent et dont l'existence n'avait pas été soupçonnée. Ici, encore, le *tabes* pourra ou n'influer en rien sur la forme du délire, ou bien au contraire colorer de ses nuances particulières la psychose.

« On conçoit qu'un hypochondriaque, par exemple, trouve facilement dans ses nombreuses sensations pénibles ou faussées, certains éléments de son délire. On comprend de même qu'un dégénéré ou un psychasthénique puisse, ainsi que l'ont montré Parisot, Dupré et Delarue, présenter un syndrome délirant ou obsessionnel à forme de stasobasophobie plus ou moins durable en relation passagère et, somme toute, fortuite avec les troubles ataxiques ; on admettra encore qu'un persécuté oriente volontiers des interprétations dans le sens des phénomènes douloureux ou paresthésiques qu'il éprouve. » (TRUELLE.)

La stasobasophobie, en particulier, a fait l'objet de

plusieurs études. Elle a été signalée dans le tabes par Parisot. Delarue, dans sa thèse, en cite plusieurs exemples. Dupré, au Congrès de Limoges (1902), en a fait une description restée classique.

Elle apparaît chez des déséquilibrés émotifs qui, le plus souvent, présentent d'autres symptômes névropathiques. C'est une sorte de manifestation pithiatique, au même titre que l'astasié-abasie. A l'occasion d'un examen médical qui a attiré l'attention du malade sur ses troubles ataxiques, ou bien à la suite d'un léger accident qui a frappé sa vive imagination, d'une chute par dérochement des jambes, par exemple, d'un vertige, « un doute naît sur la sécurité que lui offre la station debout ou la marche, et ainsi se développe en lui l'idée de la possibilité d'une chute. Il la craint au début, et rien malheureusement dans ses sensations, n'est capable de lui rendre confiance, au contraire ! Il a beau chercher à lutter contre la peur qui l'envahit, il ne trouve pas en lui de quoi soutenir cette lutte ; sa volonté devient défaillante, et la peur de tomber en marchant, la basophobie, s'installe en maîtresse dans son cerveau. » Ainsi le mécanisme psychologique de cette sorte d'obsession relève de l'auto-suggestion. La thérapeutique qui conviendra sera celle des accidents pithiatiques.

La prédisposition constitutionnelle n'est pas le seul facteur de délire fortuit chez les tabétiques. Ceux-ci, au même titre que les autres malades, peuvent présenter des infections, des intoxications chroniques ou aiguës, susceptibles de déterminer des troubles men-

taux. Et la confusion mentale pourra traduire cliniquement l'atteinte portée transitoirement à l'intégrité des centres nerveux. Toutes les infections, toutes les intoxications peuvent se rencontrer, mais parmi ces dernières, il en est deux qui relèvent indirectement du tabes : le morphinisme et l'intoxication médicamenteuse.

Le tabétique a souvent recours à la morphine, pour calmer les douleurs effroyables qui le torturent. A la longue il s'habitue au poison et passe d'un emploi peut-être raisonnable à un usage immodéré du toxique. L'association du tabes et du morphinisme donne rarement naissance à des troubles mentaux caractérisés. Cependant Cassirer, notamment, a observé à l'Asile de Daldorf, un cas où le diagnostic de paralysie générale fut porté. L'erreur était difficile à éviter au début, à cause de l'embarras de la parole et de l'euphorie. Le morphinisme, pour Bauer et Dobrovitch, serait capable de modifier le tableau clinique de la crise gastrique tabétique.

Le tabétique est un malade qui se soumet la plupart du temps, en raison de la gravité de sa maladie, à un traitement antisyphilitique énergique et prolongé.

Autrefois, lorsque le mercure était communément employé, on observait les signes ordinaires de l'intoxication hydrargyrique, un état délirant ou subdélirant d'un diagnostic parfois peu aisé. Maintenant, nous employons surtout les arsenicaux qui créent des bouffées congestives déterminant des états délirants avec agitation extrêmement prononcée, heureusement assez fugaces. On en trouvera un exemple rap-

porté dans notre Observation XVII, où il s'agit d'un malade traité par la tryparsamide. Ces troubles sont caractérisés par leur disparition rapide dès qu'on supprime le médicament.

Enfin, en raison de sa fréquence, signalons l'intoxication alcoolique. Les cas d'éthylisme chronique et de tabes sont nombreux dans la littérature médicale, dont l'interprétation se montre difficile. Ces cas sont souvent fort complexes. Comment dire si les symptômes observés doivent être rapportés à l'alcoolisme, ou s'ils témoignent d'une paralysie générale à son début ? Le tremblement des doigts et de la langue, les troubles de la parole, la perte de la mémoire et un certain déficit intellectuel, concourent à égarer le diagnostic. Claude rapporte un cas de ce genre que nous citerons ultérieurement (Obs. X).

En résumé, concurremment au tabes, on peut trouver chez le même malade de nombreux facteurs étiologiques qui, tels une hérédité morbide, des infections ou des intoxications chroniques, ou encore un déséquilibre endocrinien, peuvent déterminer des troubles mentaux qui n'ont aucun lien direct avec l'affection médullaire. Nous n'insisterons pas sur ces faits qui sont évidents et qu'on aurait pu concevoir à priori, même si de nombreux auteurs n'avaient pris le soin de les rapporter. Le rôle du tabes se borne alors à imprimer parfois aux idées délirantes des caractères particuliers. Pour illustrer cette constatation, nous citerons une observation empruntée à Truelle et Cornet.

OBSERVATION I (Résumée)

Syphilis. — Tabes datant de sept ans. — Troubles mentaux intermittents datant de six ans. — Pas de déficit intellectuel.

L..., âgé de quarante-neuf ans, professeur, fut un homme très cultivé, à l'esprit très fin.

Antécédents héréditaires chargés : grand'mère mélancolique, internée ; père neurasthénique ; mère morte de granulie ; deux frères morts tuberculeux, un autre mort paralytique général.

Antécédents personnels : intelligence très au-dessus de la moyenne, remarquables aptitudes au travail intellectuel.

Affectivité très développée, mais aussi grande impressionnabilité, d'où, de tout temps, de courts accès de violents emportements.

Syphilis à vingt-quatre ans.

Tabes diagnostiqué en 1906.

Troubles mentaux ont débuté en 1907, à quarante-trois ans. Très affecté par la perte successive de plusieurs membres de sa famille, notamment par celle de son frère mort paralytique général, et par ailleurs surmené intellectuellement, L... se déprime rapidement : il se croit menacé, lui aussi de folie et perdu à brève échéance.

A partir de ce moment, succession de périodes lucides et d'accès de dépression ou d'excitation, d'intensité variable. Pour l'un de ces accès, on a été obligé de placer le malade dans une maison de santé. D'autres sont au contraire assez légers pour que le malade puisse continuer ses occupations intellectuelles. Mais ces accès, courts au début, se montrent de plus en plus longs. Le dernier qui a débuté en novembre 1911, n'a cessé qu'en avril 1913. Pendant ce temps le malade, profondément abattu, avait abandonné toute activité, ne recevant personne, n'écrivant aucune lettre, ne voulant même pas donner une signature.

Brusquement, le 1^{er} avril, il sort de sa prostration et va reprendre ses cours. Quinze jours plus tard, il se montre manifestement excité. Pour la première fois apparaissent des idées de persécution et d'empoisonnement, qui vont bientôt

dominer la scène ; ses réactions devenant dangereuses, il faut enfin le faire interner.

A partir de ce moment, l'état du malade s'aggrave sans cesse. Il a deux courtes trêves lucides pendant lesquelles on peut constater qu'il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel. Puis, ne quittant pour ainsi dire pas le lit, il se cachectise de plus en plus.

Pas d'embarras de la parole, pas de tremblement de la langue, pas de lymphocytose rachidienne.

En raison de la conservation certaine de la capacité intellectuelle, de l'absence des signes physiques qui caractérisent la paralysie générale, les auteurs diagnostiquent une psychose intermittente développée accidentellement chez un tabétique qui, en plus de sa lourde hérédité, s'intoxiquait chroniquement (depuis 1912, dose quotidienne de 8 centigrammes) par la morphine.

OBSERVATION II

(LARRIVÉ ET JASIENSKI)

Etat dépressif avec idées mélancoliques chez un tabétique

Car... Denis est entré dans le Service le 30 juin 1930, avec le certificat suivant : « Tabes ancien et troubles psychiques (Paralysie générale probable). Ne travaille pas depuis trois ans, gémit, appelle constamment son fils ».

Le malade nie la syphilis. Mais dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction de Bordet-Wassermann est positive. On y trouve 0,85 d'albumine et 5 lymphocytes par bande. De plus, les pupilles sont inégales : pupille droite plus grande que pupille gauche, et le réflexe à la lumière est aboli.

Le tabes est fruste, mais prouvé par l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, par l'incoordination motrice légère, la démarche ataxique, le signe de Romberg. Il n'existe pas de douleurs fulgurantes dans les membres. Pas de crises viscérales.

Par ailleurs, on note du tremblement de la langue et des doigts, mais pas de troubles de la parole, pas de tremblement des lèvres.

C'est un malade âgé de 65 ans qui, depuis le jeune âge, exerce le métier de menuisier. Il a eu un fils, actuellement âgé de 28 ans, qui dans une discussion, a tiré un coup de revolver sur son interlocuteur. A la suite de cette affaire, il a été condamné à huit ans de travaux forcés.

C'est depuis cette époque que datent les malheurs de notre malade. Jusque là, il allait bien, gagnait convenablement sa vie et avait d'excellents rapports avec tout son voisinage. Brusquement il devint triste, ne se sentit plus de goût au travail, et se contenta de bricoler. Cette inaction n'était pas pour lui donner une brillante situation pécuniaire. Son propriétaire lui porte le dernier coup en augmentant « de façon scandaleuse », de semestre en semestre, son loyer. Puis tous ses voisins lui cherchaient chicane à l'instigation du propriétaire, qui, l'ayant ainsi réduit à la misère, se trouve, on ne sait comment, responsable de la déportation de son fils.

Bientôt le malade ne se contenta plus de souffrir en silence. Il présenta des réactions, insultant tout le monde, rendant chacun responsable de ses malheurs. Le commissaire de police intervint et Car... fut interné à l'hospice de Saint-Jean-de-Dieu.

Depuis son entrée dans le Service, le malade est calme, tranquille, il s'alimente correctement. C'est un homme émotif qui pleure facilement. Il est déprimé, apathique ; il s'ennuie, il sait bien qu'il ne reverra jamais son fils, il se sent mourir à petit feu. Il demande à rentrer chez lui pour y passer les derniers jours qui lui restent à vivre.

On ne met pas en évidence d'affaiblissement intellectuel notable. Cependant le malade ne conserve pas un souvenir précis des faits récents, il s'embrouille dans les dates. Il reconnaît qu'il était injuste pour ses voisins et que ceux-ci ont eu raison de se plaindre.

A été traité au stovarsol sans résultat.

En résumé : chez un vieillard tabétique, à la suite d'un choc moral et affectif, apparition d'un état dépressif avec idées délirantes de persécution.

Il existe un très léger déficit intellectuel, mais si

partiel, si atténué, qu'on ne peut porter le diagnostic de paralysie générale : l'auto-critique est conservée, on ne trouve pas les signes organiques qui accompagnent cette affection. Le début de la maladie a exactement coïncidé avec une grande douleur morale, bien propre à bouleverser le psychisme d'un homme âgé. Celui-ci, vivant avec la pensée constante de sa honte et de son malheur, succombant sous le poids du chagrin, craignant toujours quelque affront de la part de ses voisins, a fini par présenter des idées délirantes de persécution. Le tabes n'a aucune part ni dans l'élaboration, ni dans la forme du délire. Il s'agit ici d'une pure coïncidence.

CHAPITRE III

Le Syndrome Pierret-Rougier

Nous avons vu, en étudiant le psychisme du tabétique, quelle importance il convient d'attribuer aux troubles sensoriels, sensitifs et moteurs qui accompagnent assez fréquemment le tabes : perturbation de la sensibilité générale, diminution de la vision pouvant aller jusqu'à l'amaurose, altérations diverses du toucher, de l'ouïe, de l'odorat, du goût. Ces divers troubles, engendrant des interprétations délirantes, peuvent être à l'origine d'états psychopathiques variés que Pierret et son élève Rougier se sont attachés à réunir en une entité morbide cliniquement, évolutivement, et anatomiquement définie, en une véritable psychose tabétique.

Pour eux, le mécanisme pathogénique de cette psychose s'appuie sur les sensations subjectives ressenties par le malade. Ces sensations peuvent être reconnues par lui en tant que manifestations morbides qu'il attribue à leur véritable cause. Mais parfois aussi le malade, ne pouvant plus réagir contre leur intensité, leur persistance, leur air de réalité, se laisse duper

par elles. Il accepte, sans les contrôler, les traductions erronnées que ses sens lui font du monde extérieur et de son propre corps. Il ne sait plus distinguer parmi tant d'éléments disparates qui se présentent à son jugement, ceux auxquels il pourrait se fier ; et bientôt aux perceptions fidèles se mêlent les illusions. De l'illusion à l'hallucination, il n'y a qu'un pas, vite franchi. Et l'on imagine le désordre et la confusion qui règnent dans cet esprit où sensations exactes, illusions, hallucinations, reçoivent toutes droit de cité. Les mécanismes mentaux se faussent ; le jugement qui s'exerce sur des matériaux aussi hétéroclites, cherche à lier entre eux ces divers phénomènes incohérents. L'interprétation délirante survient.

La psychose est donc en rapport étroit avec le processus tabétique. Elle est pour ainsi dire greffée sur lui. Le malade méconnaît sa maladie ou, s'il la connaît, n'y rapporte pas les symptômes qu'elle détermine. Il interprète faussement telle perception pathologique à base organique réelle dans le sens d'un délire de persécution, telle cette femme aveugle qui, heurtant les gens qui passaient, s'imaginait que ceux-ci surgissaient et se jetaient au-devant d'elle.

Remarquons tout d'abord que la lésion du nerf optique, et par suite l'amblyopie, paraissent constituer la condition première des hallucinations des autres sensibilités. Ce n'est guère, en effet, que chez les tabétiques amblyopes ou aveugles qu'on observe les hallucinations auditives, du goût, de la sensibilité générale, qui sont à la base du délire d'interprétation des ataxiques (Ballet et Glénard). Les troubles mentaux

sont particulièrement importants et fréquents chez les tabétiques aveugles. Ils surviennent à une période où les malades, ayant conservé des impressions lumineuses, mais ayant déjà perdu la vision distincte, c'est-à-dire les notions de la forme et de la couleur des objets, interprètent mal ces sensations incomplètes. En dehors de ces sensations objectives, ils interprètent mal surtout ces sensations visuelles subjectives, des visions plus ou moins colorées, des phosphènes que beaucoup d'entre-eux ont à une période assez précoce de leur cécité. Ces sensations subjectives sont dues à l'irritation de leur nerf optique par l'inflammation névritique qui précède généralement la période d'atrophie et de sclérose (Léri).

Mais les hallucinations qu'on retrouve ne sont pas simplement le résultat d'une interprétation fautive de sensations bizarres que la maladie envahissante détermine dans les nerfs sensoriels et sensitifs qui sont atteints. « A côté de ce mécanisme rudimentaire de l'interprétation simple de phosphènes et d'accouphènes par exemple, il est d'autres hallucinations qu'on doit rapporter à un phénomène plus complexe d'automatisme mental, il existe des hallucinations visuelles qui ne sont pas la simple expression d'une lésion de l'appareil auditif ou de l'appareil visuel. Il se joint un élément psychique à cette base évidente. » (Targowla.)

Donc, le mécanisme psychologique qu'invoquait Pierret peut expliquer parfois la forme et le contenu du délire ; il ne saurait être suffisant pour justifier l'existence même de ce délire, et les hallucinations

différenciées qui l'accompagnent. Pour nous, le fondement de la psychose doit être cherché dans les lésions de l'encéphale.

Pierret admettait déjà, dans sa conception, des lésions cérébrales : Le tabes est une maladie de tout le système sensitif, y compris « cette région du cortex que l'on sait très bien être aujourd'hui le point où toutes les impressions venues du dehors viennent en fin de compte acquérir la modalité psychique, c'est-à-dire, dans la moitié postérieure des hémisphères ». Ainsi, le syndrome « lypémanie et délire de persécution chez les tabétiques » pouvait être érigé en une affection autonome, caractérisée par des lésions anatomiques spéciales. Cette conception n'a pas été démontrée. On est loin d'être fixé actuellement sur la topographie exacte et la délimitation de cette région du cortex où les impressions viennent acquérir la modalité psychique. Les efforts des chercheurs pour retrouver, à la base de la psychose type Pierret-Rougier, des lésions spécifiques, n'ont pas abouti.

Le Professeur Urechia, s'occupant de l'anatomie-pathologique de cette question, résume ainsi les travaux antérieurs. « En laissant de côté l'alcool ou les autres toxiques qui peuvent produire des troubles mentaux chez les tabétiques, les nombreux auteurs qui ont décrit des troubles psychiques dans le tabes, sont d'un avis différent en ce qui concerne la pathogénie de ces troubles. Quelques-uns sont d'avis que ce sont des troubles fonctionnels produits par une toxine inconnue ou bien syphilitique. D'après cette

conception, il faudrait admettre une barrière infranchissable entre le cerveau et la moelle, supposition qui du reste est en contradiction avec les faits d'observation et le contrôle anatomique ; en ce qui concerne la toxine syphilitique, son existence n'a d'ailleurs pas été démontrée jusqu'à présent. Un autre groupe d'auteurs est d'avis que les troubles psychiques des tabétiques seraient en rapport avec une altération syphilitique du cerveau, par un processus qui monterait de la moelle vers le cerveau.

Pour contrôler la valeur de ces hypothèses et passer dans le domaine des faits, il nous faut le contrôle anatomique, mais malheureusement nous ne possédons que trop peu de faits jusqu'à présent.

Alzheimer trouve chez quelques tabétiques qui avaient présenté des symptômes confusionnels, les lésions caractéristiques de la paralysie générale ; dans deux de ces cas cependant, l'examen microscopique a été négatif.

Sioli, chez un tabétique avec psychose paranoïde, trouve des infiltrations légères dans la pie-mère, plus accusées dans le cervelet, l'isthme et les pédoncules, discrètes dans le cerveau. L'auteur est d'avis que ces lésions ne sont caractéristiques ni de la syphilis cérébrale, ni de la paralysie générale, et croit qu'il s'agit d'une lésion anatomique à part.

Schröder, faisant l'autopsie d'un cas décrit dans la thèse de Rydlewski, trouve des lésions d'une syphilis du cerveau passée à l'état de latence ; dans un autre cas, l'auteur trouve une infiltration avec lymphocytes et plasmocytes de la pie-mère.

A. Jakob, dans un travail intéressant, distingue dans les psychoses tabétiques, trois espèces de lésions : lésions de paralysie générale avec une disposition en îlots, le plus souvent endartérite syphilitique des petits vaisseaux, altérations diffuses parenchymateuses avec ou même sans altérations méningées. L'auteur fait aussi mention des travaux que Hassin, de Chicago, a fait dans son laboratoire sur quatre cas de psychose tabétique. Dans deux de ces cas, on trouve une endartérite syphilitique des petits vaisseaux sans aucune infiltration méningée, dans un cas une méningo-encéphalite à la base du cerveau, dans un cas des lésions de paralysie avec gommes milliaires et spirochètes.

Jessen, dans sa thèse de Kiel (1919), prétend n'avoir rien trouvé à l'autopsie.

Westphal publie le cas d'un individu de soixante ans qui a présenté le syndrome de la démence sénile et un tabes ayant évolué trente ans, à l'autopsie duquel il ne trouva aucune altération syphilitique du cerveau.

Le Professeur Urechia, analysant ensuite un cas avec histologie, conclut qu'à la lumière de cette observation, il ne peut que se rallier à ceux qui soutiennent que des psychoses tabétiques sont en fonction de lésions organiques. « Il est donc probable que tous les cas décrits sous ce nom ne sont en réalité que des cas de syphilis cérébro-spinale. ».

Une observation, suivie de vérification anatomique, publiée en 1912 par le Professeur Claude, vient encore à l'appui de cette assertion. Nous la reproduirons dans un chapitre ultérieur.

Ainsi, la psychose de Pierret-Rougier ne comporterait aucune lésion organique particulière. On pourrait trouver dans le cerveau des malades qui en sont atteints les lésions les plus variées, se rattachant soit à la méningo-encéphalite diffuse, soit au vaste groupement de la syphilis cérébrale, soit aux formes plus rares de l'endartérite syphilitique des petits vaisseaux. Dès lors, il ne convient pas de parler d'une psychose tabétique en relation étiologique directe avec le tabes, mais d'un syndrome que les tabétiques peuvent présenter lorsque chez eux des troubles mentaux sont réalisés par des altérations cérébrales de divers ordres. Le tabes ne crée pas la psychose ; il imprime à son expression une physionomie particulière, il n'est pas la cause du délire, il ne fait que l'alimenter et le soutenir.

Le rôle principal revient aux lésions cérébrales, et les cas de psychose tabétique doivent être ramenées à des cas de paralysie générale ou de syphilis cérébrale chez des tabétiques, s'exprimant, ou mieux pouvant s'exprimer cliniquement par un syndrome particulier : le syndrome de Pierret-Rougier.

Ce syndrome n'ayant pas de substratum anatomique défini, n'aura par conséquent pas un mode évolutif spécial. L'évolution qu'il comportera lui sera dictée par les différentes lésions dont il n'est que l'expression clinique. S'il est symptomatique d'une paralysie générale progressive, il prendra une marche lentement et régulièrement progressive et aboutira en quelques années à un état démentiel qui permettra alors

un diagnostic facile. Pierret n'avait pas été sans signaler la possibilité de cette terminaison, mais il admettait que la psychose, d'abord pure, s'était par la suite compliquée d'une méningo-encéphalite diffuse.

Si le syndrome est symptomatique d'une syphilis cérébrale, sa marche sera au contraire irrégulière, procédant par poussées, comportant d'importants intervalles lucides pendant lesquels il sera impossible de mettre en évidence un déficit intellectuel. Puis les poussées se rapprochant de plus en plus, au cours desquelles la désorganisation cérébrale, d'abord légère et circonscrite, s'accroîtra et se généralisera, on verra survenir encore un affaiblissement intellectuel qui se différenciera de la paralysie générale par l'absence des signes organiques qui sont le cortège habituel de cette affection. Cette évolution, pour Pierret, est de règle dans la majorité des cas, elle confère au syndrome un caractère particulier.

Enfin, lorsque le syndrome aura à sa base ces formes disséminées ou diffuses de la syphilis cérébrale, il pourra se confondre avec le syndrome paralytique que nous nous proposons de décrire dans la suite de cette étude.

On voit donc que ni anatomiquement, ni évolutivement, le syndrome de Pierret-Rougier ne mérite de garder son autonomie. Ses caractères cliniques lui permettent-ils de conserver une place à part dans la classification psychiatrique ?

Ce qui le différencie nettement et lui donne une individualité qu'on ne saurait contester, c'est son al-

lure clinique et ses rapports avec le processus tabétique. On ne le trouve que chez des malades atteints de tabes. Le délire, dit Pierret, suit pas à pas l'évolution anatomique de cette affection, à laquelle il est intimement uni. « Il débute par un état lypémaniaque parfaitement justifié par toutes les souffrances endurées par le tabétique ; puis s'organise peu à peu, parallèlement à l'atteinte des organes des sens, pour former un délire de persécution greffé sur des troubles sensoriels indubitables, et qui ne constituent pas, comme on l'a dit trop souvent, des illusions et des hallucinations. » Sur ce fond psychopathique, se développent des bouffées de délire mégalomaniacque qui se rapprochent ensuite et finissent par aboutir plus ou moins tardivement à un état déméntiel.

Le mécanisme psychologique du délire est constant. « Leur manière ordinaire de délirer, dit-il des tabétiques, toute question d'étiologie mise à part, est de fonder sur les douleurs réelles qu'ils éprouvent, sur les troubles sensoriels dont ils sont atteints, des raisonnements erronés et maladifs ».

Ces troubles, comme nous l'avons vu déjà, sont de divers ordres. Les plus importants sont, de l'avis de tous les auteurs, l'amblyopie et l'amaurose. C'est dans le tabes amaurotique qu'on rencontrerait le plus fréquemment le syndrome de Pierret-Rougier, et dans ce cas on observe surtout des hallucinations véritables (visions d'objets, d'animaux, etc.) qui surviennent en général au moment où l'amblyopie est assez accentuée pour perturber l'existence normale, sans que toutefois la cécité soit absolue. Il n'est pas rare, d'ail-

leurs, que le sujet se rende compte qu'il est halluciné. Pierret lui-même a décrit des hallucinations élémentaires, non ou mal différenciées ; il insistait sur ces phénomènes qu'il considérait comme des symptômes traduisant la lésion anatomique des organes des sens et des nerfs correspondants, et qu'il différenciait radicalement des illusions et des hallucinations psychogènes des psychoses. Toutefois, ces troubles, dont le substratum organique est évident, sont bien des hallucinations. Ce sont même les seules, de l'opinion de notre maître, le Professeur Claude, qui mérite vraiment ce nom. La distinction qu'établissait Pierret est en somme celle que l'on fait aujourd'hui en séparant les aberrations sensorielles d'origine périphérique ou centrale, anatomiques si l'on veut, des phénomènes dits d'hyperendophasie et d'automatisme mental, mais en réservant au mot « hallucination » le sens restreint que précisément lui refusait le maître lyonnais. (Targowla.)

D'autres troubles psychiques sont d'ordre plus directement interprétatif. Tel sujet presque aveugle, qui se jetait sur les passants et se heurtait aux obstacles, s'imaginait qu'ils surgissaient brusquement devant lui pour le persécuter. Ce n'est pas là l'interprétation d'un symptôme. Elle ne rentre même pas dans le cadre des interprétations endogènes de Sérieux et Capgras, et le malade ne méconnaissait pas sa cécité. Elle n'en constitue pas moins un raisonnement erroné et maladif fondé sur une lésion sensorielle ainsi que l'entendait Pierret.

Enfin, on peut observer de véritables interpréta-

tions de symptômes épisodiques comme dans le cas de Souza Leite, occupant une place plus ou moins importante dans le tableau clinique. Ce symptôme est peu fréquent. On ne le trouve mentionné dans aucune des observations recueillies sous la direction de M. Truelle, par M^{lle} Boudierlique, et il n'est indiqué que de façon incidente, et dans deux seulement des cas réunis dans la thèse de Rougier. Toutefois, il n'est pas douteux que Pierret ait observé des interprétations de douleurs fulgurantes, et c'est par extension qu'il en déduisait le mécanisme psychologique du syndrome qu'il a décrit.

Tel qu'il est, ce syndrome ne doit pas être confondu avec le délire d'interprétation de symptômes pathologiques. Il y a entre eux toute la différence qui existe entre la donnée clinique brute, le symptôme et l'hypothèse pathogénique. Des interprétations de symptômes peuvent se rencontrer dans le syndrome de Pierret, elles sont loin d'être constantes. Il y a souvent association d'un état délirant qui s'alimente des sensations éprouvées, de symptômes, mais n'en est pas uniquement une tentative d'explication, et moins encore la simple interprétation. (Targowla).

Ainsi l'analyse minutieuse du syndrome de Pierret que nous empruntons à M. Targowla, nous montre le rôle que l'on doit assigner à l'interprétation délirante de symptômes pathologiques. Rôle en somme secondaire, puisque l'interprétation n'est ici que l'alimentation d'un délire. Ce n'est pas elle qui le conditionne, et la conclusion de cette étude, tant au point de vue psychiatrique qu'au point de vue anatomique,

c'est que l'importance des lésions de l'encéphale dans la production des troubles mentaux du tabes, est considérable.

Ceux-ci relèvent, soit de la paralysie générale, soit de lésions diffuses réalisant le syndrome paralytique, soit de la syphilis cérébrale localisée dont les manifestations cliniques sont multiples.

Ces lésions occasionnent des états psychopathiques multiples, auxquels leur association avec des phénomènes tabétiques peut imprimer des caractères particuliers. Ici encore, le tabes marque de son sceau la psychose : tendances dépressives, réactions mélancoliques, idées de persécution vagues et mal systématisées. Parfois le délire ignore complètement le processus tabétique.

Nous rapporterons une observation pour illustrer nos conclusions.

OBSERVATION III

(ROUBINOVITCH, MINKOWSKI ET MONESTIER)

Syndrome Pierret-Rougier chez un tabétique

S., est âgé de cinquante ans.

Antécédents héréditaires. — Une tante maternelle est morte dans un asile après avoir été toute sa vie bizarre. Le père du malade était un homme silencieux et sévère, faisant preuve d'une certaine hypertrophie du « moi » ; malgré sa situation fort modeste, il ne cherchait à fréquenter que des gens « très bien », et se montrait exagérément intransigeant sur les questions de « bon ton ». La mère était une personne très énergique, ayant beaucoup de caractère ; grâce à elle, la famille était estimée de tout le monde.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de 6 ans. A 12 ans, crampe des écrivains et accès de chorée de courte durée.

S... fréquente l'école primaire, est dans les premiers, obtient le prix de bonne camaraderie. Puis, jusqu'à l'âge de 16 ans, fréquente l'école municipale supérieure. Dès son jeune âge, il montre beaucoup de goût pour la musique. Son père cependant ne veut rien savoir d'une carrière d'artiste et, pour obtempérer à son désir, S... entre dans une maison de commerce. Il finit par s'y créer une très bonne situation.

S... a toujours été très actif, voulant souvent faire trop de choses à la fois, d'un tempérament plutôt soucieux et bilieux, mais ni trop triste, ni trop gai.

Marié, il a deux enfants bien portants, âgés actuellement de 21 et 19 ans.

En 1903, S... consulte un médecin, pour fatigues. Celui-ci constate une cicatrice sur le pénis et diagnostique une syphilis que le malade aurait ignorée jusque là. Traitement spécifique.

En 1909, apparition de douleurs fulgurantes violentes et de troubles de la vue. Malgré un traitement au cyanure de mercure, et à l'arsenic, l'état s'aggrave et une cécité s'installe un an et demi après l'apparition des premiers troubles. Il se voit obligé d'abandonner son emploi, mais continue à remplir les fonctions d'organiste dans un temple.

En 1918, début de troubles ataxiques de la marche. Le traitement spécifique est appliqué systématiquement. Mais l'ataxie s'aggrave de plus en plus et finit par rendre la marche tout à fait impossible.

En mai 1923, apparition de troubles mentaux. Le médecin de la famille note à ce moment : « Etat d'excitation très accusé, loquacité formidable, insomnie, irritabilité notable, affaiblissement intellectuel certain, troubles de la mémoire, incoordination des idées, certaines idées de satisfaction et de grandeur, troubles de la moralité (le malade se met nu devant sa fille) ». Le diagnostic de paralysie générale est envisagé.

Vu de plus près, il présente à ce moment un état d'excitation maniaque, avec fuite des idées, énorme logorrhée et sentiment de satisfaction générale. Il trouve tout merveilleux

lans son entourage, parle des dons et des succès extraordinaires de ses enfants, prétend avoir recouvré la marche, veut se livrer à des exercices de rééducation pour parachever sa guérison, se laisse ainsi tomber du lit et se traîne à quatre pattes dans la chambre pour démontrer les progrès réalisés. Pas de dysarthrie, aucun signe apparent d'affaiblissement intellectuel.

S... nous dit qu'il s'est aperçu que quelqu'un mouillait son lit. C'est un jeune soldat qui le fait ; celui-ci est ins'allé dans les sous-sols de la maison de santé et a tout un appareillage compliqué à sa disposition, à l'aide duquel il lui envoie à travers le plancher toutes sortes de produits chimiques, en premier lieu du salpêtre. Ce salpêtre, en traversant l'alèze qui se trouve dans son lit, s'imprègne de caoutchouc et noircit les draps. Les médecins croient qu'il gâte, mais c'est une erreur.

Ce salpêtre pénètre dans son corps et le rend caoutchouté. Quand il avale, c'est tellement caoutchouté que la langue reste collée au palais. Son estomac est aussi tout caoutchouté. Ces jours-ci, il a vomi pas mal de caoutchouc. Sous l'influence du salpêtre, les mucosités s'accumulent dans le nez, et lui donnent des crises de larmes.

Il est persuadé qu'il aura à nouveau plus de souplesse et plus d'élasticité quand son corps sera débarrassé de tout ce caoutchouc. S'il est ataxique maintenant, c'est que ses membres sont trop forts au point de vue nerveux, trop faibles au point de vue musculaire. Cet état de son organisme est dû aux agissements du « type », à la sudation à rebours qu'il lui fait subir. Il lui introduit également de l'eau chaude dans l'anus, et peut le faire uriner contre son gré, à l'aide de rouleaux qu'il manie.

Le soldat est en train de le « bouziller » constamment. Il lui excite les cuisses, en faisant « zin-zin » sur le coccyx ; puis ça monte dans la colonne vertébrale, y provoque toute une série de sensations, rappelant celles qu'on éprouve au moment du coït, pénètre enfin dans le cerveau, et y forme comme une conglomération devant l'os frontal. Le salpêtre détermine d'ailleurs également une crépitation des os.

Les agissements du « type » ne se bornent pas là. Il peut

facilement, le soulever au-dessus du lit, de 10 cm environ. Parfois il lui attrape le coccyx. Il lui soulève aussi la peau des fesses. Il peut aussi éclairer à son gré la chambre sans que l'ampoule soit allumée. Il entend également ce que S... dit ; il connaît toutes ses pensées.

S... a songé à changer de chambre pour se soustraire aux agissements du soldat. Mais celui-ci lui a dit alors : « C'est vraiment pas la peine, partout je te repècherai. Il me faut très peu de temps pour transporter mon appareillage ». L'autre n'arrête pas de lui parler. C'est une voix lointaine qui lui parvient. Il chantonnè, lui raconte des balivernes, tout en lui envoyant du salpêtre.

Quand on demande à S... s'il est sûr de ce qu'il avance, il répond : « Ça m'étonne que vous en doutiez. » — « Mais voyons, lui objecte-t-on, nous n'avons jamais vu le soldat ! » — « Moi non plus, explique-t-il ; mais l'état des mes draps me fournit la preuve de son existence. Comment expliquer autrement que mes draps propres deviennent mouillés subitement ? »

Le soldat d'ailleurs n'agit peut-être pas dans une mauvaise intention. Il est chargé par l'autorité militaire de le « mettre à la redresse ». Il se peut aussi qu'il l'ait pris pour un autre, pour un cocaïnomane qui se trouvait dans la chambre voisine. « C'est peut-être une question de hasard, une question de providence que ce soit tombé sur moi, mais maintenant il n'y a rien à faire. Tant pis pour moi. »

CHAPITRE IV

La paralysie générale et le tabes

Le tabes s'associe souvent à la paralysie générale. Pour Nageotte, cette association représente au moins les $\frac{2}{3}$ des cas. Non seulement il rapporte à cette association par une analyse clinique minutieuse, la majorité des troubles intellectuels attribués à la maladie de Duchenne, mais il montre encore, en s'appuyant sur l'histologie pathologique, que bien des tabétiques sont des paralytiques généraux latents ; en conséquence de quoi il affirme que « les moindres troubles cérébraux chez les tabétiques doivent être mis, le plus souvent, sur le compte de la paralysie générale ». Les recherches ultérieures ont montré ce qu'il y a d'excessif dans une telle affirmation, et l'on sait aujourd'hui qu'il convient de faire une grande place à la syphilis cérébrale dans la production de ces troubles mentaux. Il n'en reste pas moins vrai que l'association tabéto-paralytique est extrêmement fréquente.

Une statistique établie dans la thèse de Crouzon donne des chiffres précis. Sur 70 paralytiques généraux examinés, 19 présentaient des signes de tabes, soit 27 %. De même, chez 31 malades atteints de para-

lysie générale observés par Vogt, Crouzon et Delafontaine, au cours d'une année, 6 seulement présentaient des signes de tabes, ce qui donne une proportion d'environ 20 %. Bianci, qui a étudié les modifications des réflexes tendineux au cours de 26 cas de paralysie générale, trouve à un premier examen 7,50 % d'abolition, quelques mois plus tard 34 %. La fréquence des signes tabétiques semble donc être d'autant plus grande qu'il s'agit de paralytiques généraux plus anciens.

En revanche, la fréquence de la paralysie générale survenant au cours du tabes avéré est très discutée. Fournier, considérant que « l'ataxie n'est pas une maladie de la moelle, mais bien plutôt de l'axe cérébro-spinal », estimait cette éventualité comme très banale. Actuellement, on admet en général qu'il est rare de voir survenir une paralysie générale au cours d'un tabes ancien. Dejerine, Pierre Marie disent n'en avoir observé que des cas tout à fait exceptionnels chez les tabétiques de Bicêtre et de la Salpêtrière. La paralysie générale, en effet, est une manifestation de la syphilis nerveuse qui apparaît à une date plus précoce que le tabes. Et l'on peut admettre que, plus un tabes est ancien, moins il a de chances de se compliquer de méningo-encéphalite diffuse (Crouzon, Vogt et Delafontaine).

Quant à l'apparition simultanée des deux affections, elle constitue une rareté, et l'on n'a pas souvent l'occasion de la constater en pratique. C'est la tabo-paralysie de Pierre Marie.

On s'est demandé quelle influence les deux affections avaient l'une sur l'autre. Nombre d'auteurs ont rapporté des observations où la paralysie générale affectait des formes atypiques chez le tabétique. En réalité toutes les modalités cliniques peuvent se voir. Ou bien les deux affections évoluent pour leur propre compte, non modifiées dans leur marche. Ou bien l'on voit l'une des deux affections passer au second plan, tandis que l'autre domine la scène. Des tabes peuvent s'atténuer, tandis que la paralysie générale s'accroît ; des démences paralytiques discrètes accompagnent des tabes éclatants. Toutes les combinaisons ont été décrites, toutes peuvent se constater.

Nous avons eu l'occasion de voir des cas de paralysies générales galopantes succédant à un tabes ancien, dont l'évolution fut rapidement mortelle (Obs. N° V). Mais ce qu'on observe surtout, c'est la lenteur d'évolution de la paralysie générale au cours du tabes. L'affaiblissement intellectuel reste alors discret. Marchand observe que « quand la méningo-encéphalite évolue chez les tabétiques, elle reste cliniquement latente ». Et Colin remarque que « lorsque la paralysie générale est associée au tabes, elle a toujours une évolution particulière. Un paralytique général tabétique peut avoir une remission d'un an ou deux. »

Mais ce qu'on observe surtout, ce sont des formes cliniques particulières. « Au point de vue clinique, dit Lhermitte, la paralysie générale stationnaire ou prolongée marque son atypie par l'apparition d'hallucinations surtout auditives, de délires plus ou moins systématisés, à teinte mélancolique ou hypochondria-

que ; par la conservation de l'activité psychique automatique, et surtout par la présence de complexes catatoniques. Relativement au syndrome humoral, ces formes prolongées s'écartent de la règle par la faible intensité ou même parfois par le défaut des réactions spécifiques du sérum sanguin et du liquide céphalo-rachidien. »

Le tabes imprime certains caractères au délire de la paralysie générale. On note des hallucinations visuelles et auditives, comme il apparaît dans notre Observation N° VI ; des idées de persécution qui peuvent être assez marquées pour qu'on parle de formes paranoïdes ; des tendances mélancoliques, avec délire de négation d'organes, qui peuvent en imposer pour un syndrome de Cotard, comme il arriva pour un malade de Genac et Péron, chez qui l'autopsie faite par Trével montra des lésions typiques de paralysie générale. Ici encore le tabes imprime une allure particulière à la symptomatologie de la paralysie générale. C'est, en somme, le seul rôle qu'on peut lui reconnaître dans la genèse des troubles mentaux, mais ce rôle est vraiment important.

A côté de ces formes atypiques, où la paralysie générale est en somme facilement reconnaissable, il existe des formes douteuses où l'affaiblissement intellectuel se présente avec des caractères atypiques, où la démence est loin d'être globale, où la longueur de l'évolution étonne par sa durée véritablement insolite, où les signes moteurs sont atténués ou bien absents. Devant un tel tableau, on hésite à porter le diag-

nostic de paralysie générale prolongée. A juste raison d'ailleurs.

Lhermitte, en 1921, étudiant ces formes prolongées de paralysie générale en admet l'existence, mais conclut à leur extrême rareté. Il rappelle le travail de Jakob. Sur un total de dix-huit cents cas de paralysie générale, recueillis en l'espace de huit ans et dont l'étude anatomique pût être poursuivie, cet auteur a pu retrouver cinq cas, dont quatre indiscutables, dans lesquels l'évolution s'est poursuivie respectivement pendant vingt ans, douze ans et onze ans. Si l'on passe au crible d'une critique serrée, comme Haguenau l'a fait, les observations publiées en France de paralysie générale prolongée, on ne peut qu'être frappé du nombre infime de cas vraiment démonstratifs. Seuls les cas rapportés par Arnaud et Laignel-Lavastine (sept ans), Leroy et Vigouroux (douze ans), Vallon et Laignel-Lavastine (vingt-trois ans) peuvent être retenus. Haguenau qui tout récemment s'est livré à une enquête minutieuse dans les Asiles et certaines maisons de santé, sur les cas considérés comme ressortissant à la forme prolongée de la paralysie générale, aboutit à cette conclusion que dans la plupart des faits classés comme paralysie générale prolongée, il s'agit soit de paralysies générales qui n'ont pas fait leur preuve neurologique, soit d'erreurs manifestes de diagnostic.

La paralysie générale prolongée existe, mais pratiquement, vu la rareté des cas, on ne doit pas en tenir compte. C'est pourquoi ce diagnostic nous apparaît porté avec une trop grande facilité quand il prétend expliquer les cas nombreux où le tabes se complique

d'un syndrome paralytique à évolution lente. Deux observations en existent, qui semblent incontestables. Nissl rapporte l'histoire d'un malade atteint de tabes, chez lequel l'affaiblissement démentiel compliqué de bouffées d'excitation et de confusion, persista pendant vingt-deux ans. L'étude histologique permit de mettre en évidence les lésions de l'encéphalite paralytique. Le fait publié par Schultze est encore plus suggestif. Comme dans le cas de Nissl, la paralysie générale se doublait d'un tabes. Les troubles psychiques, tout à fait caractéristiques de la paralysie générale la plus typique, rétrocédèrent à un tel point que le patient put reprendre son métier ; la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang était négative. Quatorze ans après l'éclosion des troubles mentaux, le malade succomba à un cancer de l'estomac. L'encéphale présentait les lésions de la paralysie générale chronique, type Alzheimer.

On ne doit porter le diagnostic de paralysie générale prolongée qu'avec une extrême prudence. « Par sa définition même, la paralysie générale implique un processus lentement mais progressivement évolutif, aboutissant à une échéance plus ou moins brève à la mort. L'évolution dure de deux à cinq ans au maximum. Les régressions n'y sont que temporaires (il vaudrait mieux dire intermission), et jamais le malade ne retrouve son niveau mental antérieur ; chez lui persistent des séquelles somatiques ou psychiques, indiscutables témoins de l'exactitude du diagnostic qui a été posé. » (Lhermitte)

Devant les observations atypiques qui décrivent un

syndrome démentiel stationnaire, lentement évolutif, ou régressant totalement, il convient donc d'éliminer le diagnostic de paralysie générale, et de rapporter ces cas anormaux à d'autres lésions que la méningo-encéphalite diffuse et progressive.

Si on laisse de côté la méningite secondaire, capable de créer des états confusionnels, véritables démen-ces transitoires, mais qui n'a que faire chez un syphilitique quaternaire ou parasymphilitique, la syphilis est capable de frapper le cerveau de bien d'autres manières. Nous voulons parler des multiples lésions de la syphilis cérébrale, processus scléro-gommeux localisés, artérite scléro-gommeuse diffuse à laquelle Alzheimer, Nissl, Winckel ont consacré d'importants travaux, s'efforçant de dissocier cliniquement et histologiquement de la paralysie générale, cette forme diffuse qui s'en rapproche par de nombreux points communs. Guillaumin et Thaon, Dupré et Devaux, Ladame de Genève, Claude et Schœffer, et tout récemment, Delmas, se sont occupés de cette question.

Nous croyons que c'est à ces lésions plus ou moins localisées de la syphilis cérébrale qu'il convient de rapporter ces cas douteux où l'on n'ose porter le diagnostic de paralysie générale. Il ne s'agit pas alors de paralysie générale vraie, mais d'un syndrome paralytique. Si l'on en croit le Professeur Gougerot, ce syndrome serait fréquent au cours du tabes. « Il existe chez les tabétiques de nombreux cas de psychopathies simulant la paralysie générale, mais cédant à un traitement intensif. Elles semblent chez eux, plus fréquents que les paralysies générales pro-

prement dites. D'autre part, de telles psychopathies s'observent plus particulièrement chez les tabétiques que chez les syphilitiques indemnes de tabes. »

Rien n'empêche que, dans l'évolution, l'une de ces deux formes, paralysie générale et syndrome paralytique, ne viennent se joindre à l'autre, compliquant encore ces cas et rendant le diagnostic extrêmement difficile. Ce sont des associations de ce genre qui retardent la solution du problème et empêchent les observations d'être absolument démonstratives.

C'est de ce syndrome paralytique qu'il faut rapprocher les troubles psychiques qui accompagnent le syndrome de Guillain et Thaon. Ce syndrome se présente comme un ensemble hétérogène où, à côté de troubles psychiques rappelant la pseudo-paralysie générale, on trouve des signes de la série tabétique (ataxie, douleurs fulgurantes) et des symptômes rappelant la myélite d'Erb. « Cette forme est une forme de transition entre la syphilis encéphalo-médullaire, la paralysie générale et le tabes. C'est un exemple de la complexité et de la richesse symptomatologique que peut réaliser la syphilis nerveuse ». Ces cas complexes brisent les cadres qui paraissent le plus fortement établis, ils échappent à toutes les classifications. Cependant l'on ne doit pas se laisser décourager et renoncer à établir des compartiments un peu arbitraires peut-être, mais commodes pour ordonner la multiplicité des faits. C'est pourquoi, dans les chapitres qui vont suivre, nous étudierons l'association du tabes et de la syphilis cérébrale à laquelle correspond en clinique le syndrome paralytique au cours

du tabes, l'ancienne démence tabétique de certains auteurs.

Auparavant nous rapporterons quelques observations où l'association du tabes avec la paralysie générale a donné naissance à des formes cliniques particulières.

OBSERVATION IV

(LARRIVÉ ET JASIENSKI)

Paralysie générale et Tabes

Jem... Pierre est un homme de 39 ans, entré à la maison de santé de St-Jean-de-Dieu avec le certificat suivant : « Paralysie générale avec grosse agitation incohérente. Début il y a deux ans. »

A l'entrée. — L'examen montre des signes de la série tabétique : abolition totale des réflexes rotuliens et achilléens. Signe de Romberg. Incoordination des mouvements. Lui-même raconte qu'il souffre depuis 4 ans de douleurs dans les membres, qui présentent des paroxysmes. Ces douleurs depuis un an l'empêchent de travailler. Il a été traité par des piqûres (?).

Les pupilles sont inégales, déformées, et le réflexe photomoteur a disparu. La ponction lombaire donne un liquide clair. La réaction de Bordet-Wassermann s'y trouve fortement positive : H°, H°, H°, H°. Le benjoin colloïdal y est subpositif. Albumine : 0,50. 30 lymphocytes par bande.

Le malade présente un gros embarras de la parole ; en parlant, il fait de nombreux accrocs. Trémulations de la face, tremblement de la langue et des doigts.

On note un gros affaiblissement intellectuel, du puérilisme, de l'approbativité, de l'euphorie, et une inconscience totale de l'état maladif. Disparition de l'auto-critique.

Le malade est impaludé le 8 janvier 1930. Il supporte parfaitement dix accès ; après quoi, on l'arrête avec de la quinine.

Le 31 janvier on commence une série de stovarsol. En mars 1930, le malade est suffisamment amélioré pour travailler dans le Service.

Le 6 août 1930. On note : amélioration nette de l'état du malade. Pas de troubles importants de la mémoire et de l'attention. S'exprime correctement. N'est pas désorienté. Ne fait pas d'erreurs dans les dates. Ne présente pas d'idées délirantes. Se conduit correctement. Travaille régulièrement à la buanderie. S'alimente bien. Persistance d'une dysarthrie appréciable au cours de la conversation.

Nouvelle série de stovarsol. Puis à partir du 26 septembre 1930, est mis au muthanol.

Le 26 septembre, à un examen attentif, on note les troubles suivants :

Mémoire, évocation : Bonne. Se rappelle et énumère sans difficulté les faits anciens.

Fixation : déficiente. Lorsqu'on lui fait lire un article banal, ne se le rappelle pas, est incapable de raconter ce qu'il a lu.

Jugement : pas de troubles.

Attention soutenue.

Travaille toujours régulièrement mais reste bien inerte et apathique.

A la date du 7 novembre 1930, cet état ne s'est pas modifié et l'examen retrouve tous les symptômes organiques que le malade présentait à l'entrée. La ponction lombaire donne un liquide clair. La réaction du benjoin colloïdal s'y montre très positive : 1.222, 1.222, 1.122. 000 T. La réaction de Targowla est positive.

Cette observation est banale. Il s'agit en somme d'une paralysie générale typique chez un tabétique. L'affection médullaire n'a pas retenti sur l'affection cérébrale ; on ne retrouve pas ici les caractères que le tabes imprime souvent aux troubles mentaux. Chez notre malade, il n'y a même pas de délire.

L'intérêt de cette observation réside dans la comparaison qu'on pourra établir avec celles qui vont suivre où le délire est nettement influencé par les symptômes tabétiques. On pourra aussi rapprocher des observations « Syndrome paralytique et tabès », ce cas d'association tabeto-paralytique. Nous l'avons choisi entre beaucoup d'autres, éliminant les malades profondément déments. Voici un malade nettement amélioré par le traitement qu'il a suivi. Néanmoins, il conserve une diminution intellectuelle notable, et l'on verra quelle différence existe entre l'état mental d'une paralytique général amélioré et les guérisons — si l'on peut employer ce mot —, tout au moins les longues intermissions avec retour de l'intégrité psychique, que présente le syndrome paralytique.

OBSERVATION V

(due à l'obligeance du Professeur FROMENT
et du Docteur CHRISTY)

Paralysie générale rapidement évolutive chez un tabétique.

X... est vu le 21 janvier 1922, par le Professeur Froment. Il exerce une profession libérale. C'est un syphilitique qui connaît sa maladie.

Depuis septembre 1914, il présente des crises gastriques qui débutent et cessent brusquement, s'accompagnant de vomissements et durent de 5 à 8 jours.

Pendant la guerre, il a eu des hématomèses, deux en 1915. Depuis 1917, il n'en a plus présentées.

Il a fait ces derniers mois deux accidents qui l'ont inquiété. Le 2 novembre 1921, il est resté trois heures sans pouvoir parler, et le 14 janvier 1922, pendant quatre heures, il a eu une parole embarrassée, à un tel point qu'il ne pouvait s'ex-

primer, ni construire une phrase, il bredouillait avec difficulté quelques mots.

Il accuse en outre des douleurs dans le membre inférieur gauche.

A l'examen, on trouve une abolition du réflexe rotulien gauche. Atrophie de la jambe gauche et surtout de la cuisse. Les achilléens sont conservés.

Les pupilles réagissent à l'accommodation, mais non à la lumière.

La ponction lombaire donne un liquide clair ; tension normale ; 15 mm H²O à l'appareil de Claude. Lymphocytose : 35 éléments. Hyperalbuminose : 1.30. — Bordet-Wassermann : positif.

Le malade suit ponctuellement le traitement ; il le supporte bien et le recommence au début de l'année 1923.

Le 26 avril et le 3 mai 1923, à la suite d'émotions, le malade présente à nouveau quelques troubles de la parole, mais très légers ; un peu de bredouillement pendant quelques minutes.

Le 22 octobre 1923, il a un accident d'auto et manque d'écraser un passant. A cette époque, l'état général est excellent. Le malade a un bon allant. Il ne présente plus de troubles gastriques. Il signale seulement quelques douleurs dans les jambes, mais insignifiantes, qui ne l'empêchent pas de dormir.

Du 7 mai 1923 au 10 mai 1924, le malade a reçu : 12 injections de trépozan (soit 3 gr, 50), une série de néosalvarsan (15 — 30 — 45 — 45 — 60 — 45), deux nouvelles séries de néosalvarsan et deux séries de trépozan.

En décembre 1929, le malade présente un épisode congestif qui nécessite une saignée générale. Il reprend ses occupations intellectuelles ; mais quelques jours plus tard, il a de nouveau des troubles de la parole. Il ne peut parler pendant plusieurs heures.

En janvier, il se montre sombre, bizarre, préoccupé. Sa femme observe qu'un changement de caractère s'est fait en lui. Un jour, il lui dit : « Je vais me noyer, car je ferai votre malheur à tous ; je sens que je vais devenir paralytique général. ». Il s'affecte de quelques moments de distraction, dont

il se rend parfaitement compte, ainsi que de troubles de la mémoire.

Quelques jours passèrent. Le malade redevint normal, il reprit ses occupations. Lorsqu'au retour d'une promenade en automobile avec sa femme (le malade tenait le volant), il se mit à admirer d'une manière outrée le paysage qui n'avait rien que de très banal et qu'il connaissait fort bien depuis longtemps.

Le surlendemain, il se montre franchement délirant ; il a des idées de satisfaction puérile, dit qu'il a découvert un remède merveilleux, une véritable panacée ; il parle d'une œuvre thérapeutique d'une portée considérable ; prétend avoir une mission philanthropique à remplir, etc...

Au début de février, le malade est transporté à la maison de santé de Champvert. Il est totalement désorienté dans le temps et dans l'espace. Il est dément et confus à la fois. Il se montre extrêmement délirant. Dans ses propos, reviennent sans cesse les mots : Dieu, or, millions... Il est agité au plus haut point, on doit lui appliquer la camisole, le mettre en cellule. Il est violent, chante, crie, vocifère sans arrêt.

Le malade est impaludé. Mais l'état général s'altère rapidement. Et l'on arrête les accès.

Bientôt le malade présente des escharres, il est cachectique et il meurt dans le marasme au début de mai 1930.

Cette observation est un exemple des formes rapidement évolutives de paralysie générale qu'on peut voir survenir chez les tabétiques.

(OBSERVATION VI.

(Personnelle)

Clinique neuro-psychiatrique du Professeur LÉPINE.

Tabes. — Paralysie générale. — Syndrome de Pierret-Rougier

G... est entré à l'asile, le 26 février 1929.

C'est un homme de 37 ans, qui a pris la syphilis à 18 ans en même temps qu'une blennorragie. Il s'est soigné au début : six injections intra-veineuses.

A fait son service militaire au Sénégal, y a pris le paludisme et la dysenterie ; a été évacué pour anémie tropicale.

En 1920, il s'est marié. A eu deux enfants. Sa femme n'a pas fait de fausses-couches.

En 1925, apparition d'un syndrome de tabes : douleurs fulgurantes dans les jambes, fréquentes, diurnes et nocturnes ; troubles de l'équilibre et de la marche. Quelques troubles visuels, et des troubles sphintériens : énurésie.

En même temps, modification considérable du caractère. Le malade devient irritable, coléreux, revendicatif, avare. Il était très jaloux, présentait une très forte excitation sexuelle, se masturbait.

L'état physique est également très altéré : dyspnee, toux, sueurs, bronchite, pointe de pleurésie. Il est obligé de s'arrêter dans son travail.

Il reçoit à cette époque deux séries de néosalvarsan (jusqu'à 90 la première, jusqu'à 75 la seconde).

Ce traitement provoque une amélioration nette. Il est bientôt en état de reprendre son travail qu'il continuera jusqu'au début de 1929.

Mais dès 1928, l'atteinte graduelle des facultés intellectuelles se manifeste. Il commet des actes délictueux : il vole un colis. Enfin, en 1929, en janvier, ne pouvant plus marcher, se sentant déprimé, perdant la mémoire, urinant dans ses pantalons, présentant une incoordination qui l'empêchait d'accomplir des ouvrages pourtant peu précis, il est contraint d'entrer à l'Hôtel-Dieu. On diagnostique une paralysie générale compliquant un tabes ancien. La ponction lombaire donne les résultats suivants :

Albumine : 0,90 ; lymphocytes : 8 par milli-cube à la cellule de Nageotte ; Bordet-Wassermann très positif.

On pratique l'impaludation. Et après dix accès, le malade est mis à la quinine. C'est alors qu'on l'envoie à l'Asile.

A son entrée, on constate un affaiblissement intellectuel léger. La mémoire est bonne, et le malade nous donne tous les renseignements sur sa vie, avec dates à l'appui. Mais il n'a aucune conscience de son état, ne sait où il se trouve, ne s'affecte pas de sa maladie. Il sait qu'il a eu la syphilis, mais prétend en être guéri. Pour lui, il ne s'agit que d'un

peu de fatigue, il va d'ailleurs déjà beaucoup mieux et se croit dans une maison de convalescence. Le sort de sa femme et de ses deux enfants ne lui donnent aucun souci.

Il ne présente pas d'idées mégalomaniaques, n'est pas incohérent. Mais il a des troubles sensoriels : bourdonnement dans les oreilles, diminution de la vision ; des hallucinations visuelles et auditives. Il prétend qu'au-dessus de son lit, des femmes volent à une vitesse de 200 km. à l'heure. Il les reconnaît bien : ce sont des filles de mauvaise vie qui habitent Oullins. Quelquefois il voit aussi avec elles, trois agents de police de son pays. Tout ce monde lui parle, l'avertit de ce que devient sa femme. Parfois ces hommes et ces femmes se livrent au coït, font devant lui des indécentes. On lui jette souvent un vase d'urine sur son lit, et le malade s'aperçoit qu'il est tout mouillé. En réalité, c'est lui-même qui présente de l'incontinence et qui l'interprète.

Au point de vue physique, on note des troubles de la démarche, une incoordination motrice accentuée. Il y a des troubles de la parole. Les pupilles punctiformes ne réagissent pas à la lumière. Les réflexes tendineux sont abolis aux membres inférieurs. Le signe de Romberg existe. Il y a à la langue une trémulation vermiculaire, du tremblement des lèvres et des extrémités digitales.

La ponction lombaire nous donne : Albumine : 0,30 ; cytologie : 9 lymphocytes par milli-cube ; Wassermann positif.

Le malade reçoit, du 5 décembre au 16 janvier 1930, 21 gr. de stovarsol.

Du 11 février 1930, au 1^{er} mars 1930, une série de Quinby.

Du 28 mai, au 7 juillet 1930, une série de stovarsol.

Du 6 septembre, au 1^{er} novembre 1930, une dernière série de stovarsol.

Actuellement. — Le malade présente des douleurs légères dans les jambes. Il a une sensation de constriction du thorax, comme une ceinture qui l'enserme et qui l'étouffe. Il interprète toutes les sensations anormales qu'il perçoit. On lui serre le thorax chaque jour davantage, on lui envoie des courants dans les jambes, ce qui lui a déterminé un furoncle à la cuisse. Il interprète les hallucinations qui se renouvellent

chaque nuit : On lui fait voir en l'air toutes sortes de choses, des scènes de luxure. On le fait uriner dans son lit en lui touchant les organes génitaux. On provoque chez lui des érections. Le malade ne sait à qui attribuer ces manœuvres. Peut-être au docteur qui lui fait un traitement spécial. Et dans notre cabinet, il cherche la machine dont nous nous servons.

L'affaiblissement intellectuel est certain. Le malade se croit en 1931, au mois de juin. Rien ne peut le faire changer d'idée. Il voit dans la cour les feuilles qui tombent : « C'est qu'ici on les fait tomber en juin, ce n'est pas comme ailleurs. » Il remarque le calendrier, lit : 1^{er} novembre. « C'est un vieux calendrier ! » conclut-il. Il est toujours désorienté, et ne veut pas admettre qu'il est à Bron : « Je suis à Longchêne ».

Sa mémoire n'est pas mauvaise. Il est capable d'acquiescer des souvenirs. Il calcule bien.

Cependant, sa capacité mentale est très diminuée. L'attention n'est pas soutenue. Le malade est puéril. S'il possède encore quelques notions éthiques, son jugement est très diminué. Il se sent malade, se trouve affaibli, incapable de travailler, mais il ne s'en inquiète pas. Il n'a aucunement conscience de son état. Il est indifférent, plutôt jovial et souriant. Ne se soucie pas de recevoir des visites, et accueille sa femme sans lui marquer de satisfaction. Il ne s'apitoie pas sur le sort de celle-ci, ne se demande pas comment elle peut élever ses deux enfants. S'il réclame sa sortie, c'est que chez lui il sera mieux qu'ici ; il mangera mieux. Sa femme travaillera pour lui, et ses frères, et toute la famille.

La langue présente un tremblement vermiculaire (sac d'asticots). Les lèvres, les doigts tremblent. Les troubles de la parole provoquée sont accentués : dysarthrie, redoublement de certaines syllabes, interversion. Les troubles tabétiques se sont atténués. Sa démarche est assurée, mais le malade lance encore un peu ses jambes. L'incoordination des membres supérieurs consiste en une légère dysmètrie.

Les pupilles sont punctiformes, égales, ne réagissent pas à la lumière. Les réflexes tendineux demeurent abolis aux membres inférieurs.

En résumé, il s'agit d'une évolution de la paralysie générale chez un tabétique dont les troubles psychosensoriels ont influencé la forme du délire. L'affaiblissement démentiel se masque sous l'apparence d'un syndrome de Pierret-Rougier.

OBSERVATION VII

Délire paranoïde chez un arabe atteint de paralysie générale avec tabes amaurotique.

(MM. A. COURTOIS, H. PICHARD ET RUBENOVITCH)

L... est un arabe de 56 ans, soigné pour tabes depuis plusieurs années dans divers hôpitaux. Il y a deux ans il a présenté des phénomènes d'amaurose qui se sont accentués progressivement jusqu'à la cécité presque complète qu'il présente actuellement. Un changement de caractère avec irritabilité et sautes d'humeur a motivé son envoi à Bicêtre il y a un an.

L..., a présenté des idées de persécution et s'est livré à des voies de fait sur une infirmière. On l'envoie à l'hôpital Henri-Rousselle.

On constate à son entrée, le 6 juin 1930, un tabes amaurotique évident.

Au point de vue mental, il présente un syndrome d'automatisme mental et hallucinatoire avec idées de persécution assez pauvres, peu systématisées, à type paranoïde.

Depuis vingt ans, nous dit-il — et nous voyons là une interprétation rétrospective — il est la victime d'un haut fonctionnaire de l'assistance publique (il ne sait d'ailleurs pas qui, ni pourquoi) qui le fait persécuter : on le suit, on le surveille, on fouille ses affaires, on le vole, on lui a pris récemment 500 francs, on lui fait des blagues absurdes, jusqu'à lui mettre de la ficelle et des cheveux dans sa soupe, et lui introduire une bête dans l'oreille droite. Il entend des voix nombreuses, voix d'hommes et de femmes qui l'injurient gros-

sièrement ; on dit qu'il trahit les ouvriers. Il entend : « allez-y, il faut l'em... ».

A côté de ce syndrome hallucinatoire, il présente des hallucinations visuelles d'un tout autre caractère.

Celles-ci évoluent depuis deux ans elles ont d'abord pris le type élémentaire, phosphènes, visions d'éclairs, de flammes, de ciels bizarrement colorés.

Puis elles sont devenues complètes, visions d'arbres, de chiens, de chats, de dirigeables et d'avions qui montaient et descendaient, tout cela se présentant toujours avec des coloris intenses. Depuis quelques mois, elles ont diminué, sont redevenues élémentaires et tendent actuellement à disparaître.

Le caractère essentiel de ces visions, c'est d'être conscientes : le malade sait fort bien qu'il s'agit là d'un phénomène pathologique. (C'était, dit-il des choses qui n'existaient pas.) Ce qui ne l'empêche pas de les intégrer secondairement dans son délire de persécution : En effet, ce sont les piqures qui l'ont rendu aveugle ; on lui a injecté dans les veines de la teinture d'iode, du jus de tabac « et tout cela s'est porté aux yeux. »

A un examen plus précis on reconnaît que ces diverses hallucinations évoluent sur un fond d'affaiblissement intellectuel global.

Le délire est pauvre, absurde parfois. La mémoire est incertaine. Le malade ignore les dates précises, les faits importants. Son attention est difficile à fixer. Il réagit à ses malheurs et notamment à sa cécité d'une façon qui dépasse la résignation : il est aveugle, ça ne fait rien, on peut très bien vivre comme ça. Rappelons les modifications de l'humeur, l'irritabilité.

Du point de vue organique, il existe un tremblement digital et lingual, de l'achoppement de la parole et une dysarthrie aux mots d'épreuve.

Les examens de laboratoire donnent : B.-W. et Meinicke, positifs dans le sang. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 240. Pandy : + + +. Weichbrodt : + +. Leuco : 130. Benjoin : 2222.2222.2222.200T. Elixir parégorique : 22 — 2. Bordet-Wasserman : +. Meinicke +.

En résumé, nous trouvons chez ce malade trois syndromes qui ont évolué parallèlement ou successivement : un syndrome démentiel de type paralytique avec tabes, un syndrome hallucinatoire et interprétatif, des phénomènes d'hallucinoïse.

TROISIÈME PARTIE

Le syndrome paralytique au cours du tabes

(Démence tabétique de certains auteurs)

Pour rendre plus facile l'exposé qui va suivre, et pour éviter toute confusion, il convient de nous expliquer sur deux termes que nous emploierons fréquemment : Paralysie Générale et Syndrome paralytique, et d'en bien établir la différence. Nous empruntons ces deux définitions au travail de M. Parant.

La paralysie générale est une maladie et non un syndrome : elle est une par ses lésions anatomiques et histologiques (méningo-encéphalite diffuse à destruction progressive du parenchyme cérébral) ; par son agent pathogène (virus syphilitique) ; par ses réactions humorales.

Le syndrome paralytique n'aura pour nous qu'un sens purement clinique, tel qu'il est habituellement employé par les médecins lorsque, chez un malade, ils observent d'une part le syndrome humoral actuellement connu ; d'autre part les troubles neurologiques fréquemment réalisés dans la paralysie générale ; enfin un état mental déficitaire qui se rapproche plus ou moins parfaitement de celui que l'on rencontre dans cette maladie. Il désigne un état déficitaire voisin, mais cependant distinct de celui de la paralysie générale. C'est en somme l'équivalent du terme « pseudo-paralysie générale », tombé en défaveur : « Il n'y a pas de pseudo-maladies, disait Pierret, il n'y a que de pseudo-diagnostic ».

Le syndrome paralytique au cours du tabes a longtemps été contesté. En effet à mesure que la syphilis

CHAPITRE PREMIER

Etude critique des travaux antérieurs

C'est à Fournier qu'on doit la première description du syndrome paralytique. Dans les leçons qu'il consacra à la syphilis du cerveau, il signala le premier la ressemblance qui existe entre certains troubles mentaux et la paralysie générale. Il eut le mérite, à une époque où la nature de cette affection n'était pas encore reconnue, où l'on commençait à soupçonner seulement le rôle que joue la syphilis dans son étiologie, où on la considérait comme une terminaison fréquente de nombreux états psychopathiques, de décrire d'une façon très nette les troubles mentaux de la syphilis cérébrale et d'en tracer le diagnostic différentiel avec la paralysie générale ; et cela, d'une façon si magistrale que lorsque le moment sera venu pour nous d'essayer de séparer au point de vue clinique les deux affections, c'est à Fournier que nous ferons de larges emprunts.

Le premier, il a signalé que la syphilis cérébrale pouvait donner un syndrome très voisin de celui que réalise la méningo-encéphalite diffuse. La description

qu'il en donne est très facilement superposable à celle du syndrome paralytique qu'on rencontre chez les tabétiques. Le nom même qu'il propose n'a pas cessé d'être actuel : la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.

« On observe dans la syphilis un certain nombre d'états qui se rapprochent singulièrement comme ensemble symptomatologique de la paralysie générale, et qu'on serait tenté au premier abord de rapporter à cette dernière maladie. Mais je vous ai dit aussi que ces états, à une analyse attentive, se différencient, se séparaient de la paralysie générale, par des caractères importants qui ne permettent pas une assimilation, une confusion de ce genre. Ce sont les cas de cet ordre, voisins mais différents de la folie paralytique vulgaire que j'ai essayé de qualifier le plus simplement possible sous une dénomination nouvelle, celle de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. »

Suit une étude comparative des troubles observés dans les deux affections, d'où l'on peut tirer les signes différentiels suivants :

I. — Dans la syphilis cérébrale, l'affaiblissement intellectuel ne s'accompagne pas de troubles délirants. On n'y trouve pas ou peu d'idées mégalomaniaques. Le délire de la syphilis, s'il existe, est absolument exempt des divagations ambitieuses propres au délire de la paralysie générale.

II. — Le tremblement syphilitique est celui qu'on observe dans nombre d'affections cérébrales de tout genre. C'est un tremblement banal vulgaire. Il n'est

en rien comparable, assimilable à cette trémulence assidue, à ce frémissement fibrillaire, vermiculaire, éminemment caractéristique, qu'on remarque d'une façon si commune aux lèvres et à la langue des paralytiques généraux.

La syphilis cérébrale est éminemment féconde en troubles moteurs d'ordre paralytique. Au contraire, dans la paralysie générale, pas de paralysies vraies.

III. — Avec la paralysie générale, cours morbide défini, maladie incurable.

Dans la syphilis cérébrale, pas d'évolution méthodique ; irrégularité de la marche, variabilité excessive de manifestations et d'incidents ; variabilité égale comme succession de phénomènes. Durée impossible à déterminer ; guérison non pas fréquente assurément, non pas habituelle, mais possible.

IV. — Dans la paralysie générale, la lésion prédominante réside dans la substance grise altérée dans une grande étendue, profondément désorganisée, infiltrée, ramollie, dissociée.

Dans la syphilis, au contraire, le fait majeur prédominant, c'est l'altération des méninges. Et relativement l'altération de la substance grise paraît moindre.

Le second ouvrage que nous trouvons s'occupe plus directement de la question. C'est la thèse de Salin parue en 1908. Certes, avant lui, bien des auteurs avaient signalé l'existence d'une démence tabétique, différente de la paralysie générale, tels Topinard,

Westphal, Parisot, Dieulafoy, pour ne citer que les principaux. Mais la thèse de Salin apparaît comme le premier ouvrage d'ensemble sur la question.

Le Professeur Pierret, en 1882, dans la thèse de Rougier, avait décrit chez les tabétiques un syndrome caractérisé par un délire de persécution et des tendances lypémaniques. Déjà, il signalait que l'évolution de ce syndrome se faisait plus ou moins lentement vers la démence. En 1908, Salin fait de cette démence, terminaison de la psychose tabétique, l'objet de son étude. Il en signale l'analogie avec la paralysie générale, mais en souligne les différences. « Le délire peut avoir une durée plus ou moins longue. Au bout de quelques mois d'isolement et de traitement approprié, parfois au bout de quelques semaines, on voit peu à peu se calmer l'excitation du début... En quelques semaines, on peut voir arriver une restitution ad intégrum presque complète. Il peut arriver que cet état dure toute la vie du malade et qu'on ne soit plus obligé de penser pour lui à l'internement. Dans ce cas, le délire et même la démence n'auront été pour lui qu'un épisode. Dans d'autres cas, on peut voir le malade revenir au bout de deux ou trois ans, sortir à nouveau pour revenir ensuite et faire ainsi plusieurs séjours dans les établissements d'aliénés.

A chaque sortie, il sera intellectuellement diminué, on le verra s'acheminer progressivement vers la démence qui s'établira définitivement jusqu'à la mort du malade. » (Salin)

Mais même lorsqu'il sera devenu dément, « on le trouvera infiniment moins niais que les paralytiques

ordinaires. Sa démence participera encore de la richesse et, comme le dit le Professeur Pierret, « du caractère sensitivo-sensoriel du délire ».

Voici donc cette démence constituée, après une longue évolution pleine d'à-coups, coupée de longs intervalles lucides. Quels en seront les caractères ? Y trouverons-nous des signes précis qui nous permettent de la distinguer à coup sûr de la paralysie générale qui lui ressemble par tant de points ?

Nous ne pourrions nous fonder sur les signes de spécificité nerveuse qui, dans l'un comme dans l'autre cas, seront présents : inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, antécédents syphilitiques, Wassermann positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, albuminose, lymphocytose.

Pour nous aiguiller dans la bonne voie, nous aurons les signes tabétiques, parfois frustes et légers, qui, dès qu'ils auront été constatés, devront nous mettre en garde. Nous aurons toujours à l'esprit l'hypothèse de cette démence spéciale aux tabétiques, et notre analyse de l'état mental du malade devra être plus minutieuse et plus serrée. Car c'est d'elle que dépendra le diagnostic porté. Cette analyse est particulièrement délicate, et Salin ne nous donne pas de signes distinctifs bien particuliers. « L'allure du malade, dit-il, ressemble beaucoup à celle du paralytique général. Les idées mégalomaniaques sont très accusées. Tel malade, musicien assez médiocre, prétendra charmer son auditoire comme Paganini. Il joue du piano comme Litz. Quand on a affaire à des malades de la classe ouvrière, on peut faire des remarques à l'ano-

gues. Ils sont des artistes qui ont rénové leur spécialité. Dès qu'ils sont un peu instruits, ils offrent des préoccupations intellectuelles... On est bien surpris de se trouver en présence de malades aussi intéressants. Ils ne sont pas stupides et niais comme les paralytiques généraux, et ne déroutent jamais par un défaut de logique complet.. Ils présentent une euphorie très nette et assez marquée. Mais, chose remarquable, alors que nous voyons les paralytiques généraux vulgaires constamment satisfaits d'eux-mêmes, nos malades sont assez instables et vite découragés. Leurs périodes de tristesse ne durent pas longtemps, mais suffisamment, à notre sens, pour qu'il soit permis d'en faire un caractère distinctif...

Leur mémoire est toujours très diminuée. Il y a de grosses lacunes dans les souvenirs. Certains faits de leur existence sont complètement oubliés. Il en est de même du jugement. Ils interprètent tout dans le sens de leur mégalomanie, de leur euphorie, ou de leurs hallucinations... Les sentiments affectifs sont aussi très diminués. Ils sont toujours exigeants et ne se préoccupent nullement de la peine qu'ils causent à leur famille. »

On le voit, le déficit intellectuel que nous décrit Salin porte sur les diverses facultés. Toutes peuvent être touchées et profondément atteintes. Cette démence globale risque fort, aux yeux des plus avertis, d'être confondue avec la paralysie générale.

Un autre caractère distinctif signalé par Salin est donné par la légèreté des troubles de la parole. Cependant ceux-ci existent. Une longue conversation,

de la fatigue, font apparaître la dysarthrie. Comme dans la paralysie générale, on trouve des tremblements fibrillaires de la langue, des secousses de la musculature des lèvres, mais peu prononcés.

Enfin, ce qui guidera le diagnostic, ce sera l'évolution antérieure de la maladie : un début déjà lointain par des troubles psycho-sensoriels intenses, engendrant des idées délirantes de persécution et de lyépémanie; de longues périodes lucides, coupées d'accès délirants, chacun d'eux diminuant la valeur intellectuelle du malade, pour aboutir enfin à l'état démentiel que nous constatons.

Et Salin ajoute : « Les signes propres au tabes, le caractère sensoriel du délire, son caractère intéressant et non absurde le feront différencier assez facilement de la paralysie générale ordinaire. »

A ce syndrome clinique correspond des lésions anatomiques caractérisées.

Ici, pas de méningo-encéphalite diffuse ; mais seulement des lésions d'encéphalite, avec atteinte de la névrogliè, et inflammation des tuniques artérielles. Chose capitale, les cellules pyramidales demeurent intactes. « Nous voudrions démontrer que ces plaques de sclérose constituent bien la lésion anatomique cherchée. Jusqu'ici on a confondu le syndrome de paralysie générale chez les tabétiques avec la paralysie générale. Comment, dans ces cas, concilier l'idée de paralysie générale, maladie essentiellement progressive, avec celle de la curieuse affection coupée d'intermissions longues, parfois même guérissant complètement, que nous venons de décrire ? »

Or, la démonstration anatomique de ces lésions spécifiques n'a pas été faite. Pour admettre que des cas de ce genre ne ressortissent pas d'une paralysie générale insuffisamment évoluée, il faut des vérifications anatomo-pathologiques probantes. Ces vérifications, Salin ne nous les apporte pas. Il avoue, au contraire, que « à l'autopsie de nos tabétiques morts dans les asiles, on a bien peu souvent l'occasion de constater les plaques de sclérose dans leur intégrité. Chez eux, les lésions de paralysie générale sont venues masquer les lésions tabétiques proprement dites. »

Dans ces conditions, les conclusions de Salin ne peuvent être acceptées dans leur totalité. Avec lui nous croyons qu'il existe un syndrome de pseudo-paralysie générale chez les tabétiques. Mais la lésion décrite ne nous paraît pas assez différenciée pour que nous la distinguions de celles que la syphilis cérébrale peut réaliser dans le cerveau. On est mal venu de parler alors de démence tabétique ; il s'agit plutôt d'une démence syphilitique au cours d'un tabes, réalisant une pseudo-paralysie générale ; il s'agit d'un syndrome paralytique. Nous ne pouvons non plus accepter la pathogénie particulière qu'a décrite Salin, fondée sur la « Théorie des rappels » de Pierret. La syphilis cérébrale, à elle seule, avec les processus qu'elle détermine dans l'encéphale, est capable de tout expliquer.

En 1916, M^{lle} Boudierlique, dans sa thèse « Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le tabes »,

étudie les faits rapportés par Salin et critique les conclusions qu'il a cru pouvoir en tirer. « D'après les auteurs, la démence tabétique se différencierait de la démence paralytique par un ensemble de signes physiques et psychiques. On ne constate pas l'embarras de la parole, ou celui-ci est très discret ; la démence est moins profonde, moins rapidement progressive, volontiers sujette à des arrêts qui constituent dans l'évolution de la maladie des rémissions souvent longues... Mais ces caractères cliniques se retrouvent dans certaines paralysies générales ; on ne saurait donc en tirer des arguments suffisants pour différencier en toute certitude la démence tabétique de la paralysie générale. » ,

L'anatomie et l'histologie pathologiques ne peuvent pas non plus servir de critérium sûr de différenciation. « Dans certaines démences tabétiques cliniquement caractérisées, on a trouvé des lésions de méningo-encéphalite chronique diffuse identiques à celles de la paralysie générale... Il semble donc que l'on puisse conclure que dans l'immense majorité des cas les psychoses dementielles des tabétiques sont imputables à la paralysie générale. »

Ainsi, pour cet auteur, l'existence du syndrome paralytique est plus que douteuse. Cependant, les quelques lignes qui vont suivre atténuent la rigueur de cette opinion catégorique : « Dans d'autres cas, tout en restant de même nature, les lésions étaient moins diffuses et rappelaient celles de certaines méningo-encéphalites syphilitiques intermédiaires à la syphilis cérébrale proprement dite et à la méningo encé-

phalite diffuse de la paralysie générale... Parfois il s'agit de lésions de méningo-encéphalite syphilitique, encore mal définies quant à leur symptomatologie clinique, et réalisant en quelque sorte dans le cerveau ce qu'est à la moelle le syndrome de Guillain-Thaon. On le retrouve d'ailleurs en dehors du tabes. »

Ces réserves laissent le problème en suspens. Cependant ces lésions, auxquelles M^{lle} Boudier n'accordait qu'une place restreinte, dans la genèse des troubles mentaux des tabétiques, avaient fait déjà l'objet de quelques travaux.

A priori, on ne voit pas pourquoi le tabétique, dont l'affection est de nature syphilitique, ne pourrait présenter de lésions du type de la syphilis cérébrale, relevant du virus spécifique, de même qu'on a signalé chez ces malades des gommes et des ulcérations syphilitiques en évolution sur la peau et les muqueuses. Le tabes, accident quaternaire ou syphilitique, n'est donc pas incompatible avec des lésions d'un autre âge et d'une autre nature. Pierre Marie, dans un article du « *Traité de Médecine* » sur le tabes, avait signalé les méfaits de la syphilis sur le cerveau des tabétiques : foyer d'hémorragies, ramollissements qui provoquent des attaques apoplectiformes, épileptiformes, des hémiplegies, des troubles d'origine bulbaire ou protubérantielle.

Claude, dès 1911, faisait paraître un article dans le « *Journal des Praticiens* » (23 décembre) : « déterminations méningo-encéphaliques de la syphilis chez les tabétiques », et en 1912, présentait dans l'*Encéphale* un mémoire original : « La méningo-encépha-

lite aiguë des tabétiques ». On y trouve une observation extrêmement intéressante parce qu'elle est suivie d'une vérification anatomique. Il s'agit d'un homme, tabétique avéré, qui a présenté une première fois un syndrome confuso-déméntiel passager, suivi d'un léger degré d'affaiblissement intellectuel, et qui, quelques mois plus tard, succombe après avoir présenté pendant quatre jours un délire polymorphe avec agitation extrême et une incohérence totale des paroles et des actes. On pouvait penser au diagnostic de paralysie générale. L'examen anatomo-histologique donna des résultats tout autres, desquels Claude tire les conclusions suivantes : « Nous estimons qu'on ne peut parler dans ce cas de paralysie générale, il s'agit de syphilis cérébrale scléro-gommeuse, d'encéphalo-malacie par artérite syphilitique, d'encéphalite œdémateuse. Ce cas mérite surtout d'être considéré comme un fait de méningo-encéphalite syphilitique et d'encéphalite œdémateuse. »

Plus tard, en 1922, dans son « Traité des maladies nerveuses », Claude précisait et renouvelait ses conclusions : « En dehors de la paralysie générale, on peut observer chez les tabétiques des méningo-encéphalites aiguës ou subaiguës, à évolution rapide, et d'origine syphilitique, sur lesquelles j'ai appelé l'attention. » Et, plus loin, à propos de la syphilis cérébrale : « Les lésions cérébrales disséminées donnent lieu au tableau clinique de la pseudo-paralysie générale. Il s'agit de cas qu'il convient de bien distinguer de la paralysie générale vraie. En effet, les lésions ne sont pas diffuses, généralisées ; elles sont limitées à

des territoires de certaines circonvolutions. Tantôt du type inflammatoire, tantôt du type nodulaire, elles engendrent des troubles différents de la méningo-encéphalite diffuse. L'affaiblissement intellectuel est moins prononcé ; les états délirants sont plus rares, la persistance de l'auto-critique, des sentiments affectifs, est assez manifeste. En revanche, la mémoire, surtout pour les faits récents, peut être très altérée, et même complètement perdue, la dysarthrie très prononcée ; des monoplégies ou des crises jacksonniennes sont fréquentes ainsi que les ictus. La thérapeutique a une action parfois efficace dans ces cas. »

Ainsi, l'existence d'un syndrome paralytique devient avérée. L'anatomo-histologie en apporte la preuve indiscutable. On ne peut plus nier chez les parasymphilitiques, l'existence d'un processus de syphilis cérébrale. La même année, Urechia exprimait dans l'*Encéphale* une opinion analogue. Il rapportait une observation clinique suivie de vérification anatomique. « A l'examen microscopique de la région pariétale ; lésion évidente de syphilis cérébrale » Etudiant du point de vue de l'anatomo-pathologie, cette question, il est d'avis que dans les cas publiés jusqu'à présent, où l'on ne put trouver, chez des tabétiques délirants, aucune lésion encéphalique, c'est que le chercheur n'a pas procédé avec assez de patience et de méthode. Il cite ce cas personnel où, ayant prélevé dix portions dans le cerveau, dans neuf il fut impossible de découvrir la moindre lésion, tandis que la dixième, au contraire, présentait des altérations importantes, « Il est donc probable que tous les cas dé-

crits sous le nom de psychose tabétique, ne sont en réalité que des cas de syphilis cérébro-spinale. »

Dans un article paru dans le « Bulletin Médical », (Août 1923), André Ceillier consacre une large place à la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. Il écrit : « La syphilis cérébrale diffuse ou disséminée englobe la majorité des faits décrits sous le nom de pseudo-paralysie générale. On l'appelle aujourd'hui méningo-encéphalite syphilitique. Elle se rapproche beaucoup de la paralysie générale, mais s'en distingue par ses altérations anatomiques, ses symptômes, son évolution. » D'ailleurs, entre ces deux affections, il pense qu'il y a lieu d'admettre des formes de transition, « certaines formes de paralysie générale prolongée, où les lésions anatomiques, les symptômes cliniques, l'évolution sont pour ainsi dire intermédiaires entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale. »

Le syndrome paralytique, d'abord vivement combattu, s'affirme ainsi peu à peu. On en connaît les lésions anatomiques, la symptomatologie clinique, l'évolution prolongée. La thèse de Parant, parue en 1922, est une remarquable mise au point de cette question. L'auteur ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas, diagnostiqués paralysie générale par des spécialistes éminents, où la vérification anatomique ne constate pas de méningo-encéphalite diffuse, a cherché à préciser le diagnostic du syndrome paralytique chez les syphilitiques, et à limiter le domaine de la maladie de Bayle.

Ce syndrome peut se rencontrer dans plusieurs sortes de lésions :

1° Dans la méningo-encéphalite diffuse, éventualité de beaucoup la plus fréquente. Il ne s'agit plus alors de syndrome paralytique, mais de paralysie générale vraie.

2° Méningite secondaire syphilitique, avec accès confusionnels.

3° La syphilis cérébrale localisée (scléro-gommeuse avec ou sans méningites localisées)

4° La syphilis cérébrale diffuse qui est responsable pour une part beaucoup plus grande que les lésions précédentes, des erreurs de diagnostic. Cette forme s'accompagne peu de symptômes de localisation qui sont d'une aide si efficace pour le diagnostic ; de plus elle comporte les états démentiels les plus accentués. D'où extrême difficulté de la différenciation de la syphilis cérébrale diffuse et de la méningo-encéphalite diffuse.

A côté de ces lésions, Parant mentionne des lésions spéciales que l'on rencontre dans le cerveau des tabétiques. « Tout récemment encore, Lhermitte insistait sur des lésions corticales propres au tabès, sans lésions de paralysie générale (Sclérose corticale superficielle, dégénérescence hyaline, proliférations névrogliques), s'accompagnant de troubles psychopathiques ». Plus loin, il dit encore : « Nous avons vu que des lésions propres au tabès peuvent déterminer un syndrome paralytique, sans qu'il existe de méningo-encéphalite diffuse ».

En réalité, ces lésions propres au tabès dont parle

Parant, citant Lhermitte, nous avons cherché à retrouver leur description dans le seul ouvrage qui soit cité de cet auteur dans la thèse en question. Nous n'avons pu en découvrir la trace.

Certes, il existe chez les tabétiques, comme chez tous les syphilitiques (et peut-être plus souvent chez ceux-là que chez ceux-ci) un syndrome paralytique qui est très souvent confondu avec une paralysie générale véritable. Mais ce syndrome n'est pas l'expression de lésions spécifiques. Toutes les lésions de la syphilis cérébrale, à condition qu'elles soient importantes et disséminées, peuvent le réaliser. Il convient peut-être de mettre à part la méningo-encéphalite syphilitique diffuse qui paraît en relations particulièrement étroites avec le syndrome paralytique.

Ces associations de tabes et de syphilis cérébrale sont assez fréquentes pour que le Professeur Gougerot ait pu écrire dans un article paru en 1925, dans les « Annales de Dermatologie et Syphiligraphie » ; « Il existe chez les tabétiques de nombreux cas de psychopathies simulant la paralysie générale, mais cédant à un traitement intensif. Elles semblent chez eux plus fréquentes que les paralysies générales proprement dites. D'autre part, de telles psychopathies s'observent plus fréquemment chez les tabétiques que chez les syphilitiques indemnes de tabes. » Et il ajoute : « On pourrait presque dire sous forme de boutade que la coexistence du tabes avec une psychose est un élément de pronostic favorable, car il y a des chances plus grandes pour avoir affaire à une pseudo-paralysie générale. »

Le Professeur Gougerot, en formulant son opinion sous cette forme excessive, a voulu souligner la fréquence de ces formes de syphilis cérébrale associées au tabes. En réalité, le plus souvent, si nous en croyons nos statistiques d'Asile, c'est l'association tabéto-paralytique qu'il nous est donné de constater. Mais le syndrome paralytique au cours du tabes se rencontre avec assez de fréquence pour qu'on en ait toujours présente à l'esprit la notion, chaque fois qu'il s'agira d'interpréter un état déficitaire chez un tabétique.

Nous avons recueilli, en étudiant à ce point de vue la littérature médicale, de nombreuses observations. Personnellement, nous avons eu l'occasion d'étudier des malades de cet ordre. Nous publierons dans le chapitre suivant les observations qui nous ont paru les plus caractéristiques.

CHAPITRE II

Faits cliniques anatomo-histologiques et thérapeutiques

OBSERVATION VIII

(LARRIVÉ ET JASIENSKI.)

Etat déficitaire léger et stationnaire chez un tabétique ancien.

Vern... François, âgé de 45 ans, est entré le 22 mars 1926 à la Maison de Santé de St-Jean-de-Dieu, avec le certificat suivant : « Tabes et paralysie générale avec idées incohérentes, gâtisme, maux perforants, arthropathie, dysarthrie. »

Ancédécents héréditaires : On ne connaît pas d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels : Le malade nie la syphilis et prétend n'avoir jamais fait de maladies graves. Cependant, l'on peut fixer approximativement le début de la maladie en 1916. C'est à cette époque qu'il a commencé à être traité par des injections intra-veineuses (?) ; il présentait des maux perforants plantaires. Il a pu travailler jusqu'à ces derniers temps, mais l'inflammation de sa jambe et de son pied gauche l'a forcé de s'arrêter. Il présente actuellement une arthrite tibio-tarsienne avec déformation du pied qui est tuméfié et œdème de la cheville et du mollet. A l'aîne, quelques ganglions.

Les signes tabétiques sont les suivants : abolition du réflexe rotulien, incoordination motrice, signe de Romberg, vertiges, marche ataxique. Parésie des sphincters. Les pupilles sont égales mais paresseuses.

L'examen psychique montre un affaiblissement intellectuel, avec troubles de la mémoire, indifférence émotive, et une certaine euphorie : le malade ne se rend pas compte de son état ; il dit qu'il va bien, qu'il ne souffre pas de son pied. Il est obnubilé, reste inerte et apathique.

Il présente, en outre, de la dysarthrie ; il écorche certains mots, il achoppe aux mots d'épreuve. (A noter qu'il n'a plus de dents.)

Devant ce tableau clinique, on pense à la paralysie générale, mais l'évolution de la maladie ne cadre guère avec ce diagnostic.

En effet, dans les jours qui suivent son entrée, l'état général s'améliore. Le malade cesse d'être gâteux. Il urine régulièrement. Et le 6 mai, il demande à travailler.

Depuis cette époque, il s'occupe dans le service et se montre docile et utile. Il prend de petites initiatives. Il balaye, fait la vaisselle. De temps en temps, il se plaint de douleurs dans les pieds et les jambes. Il souffre aussi dans son bras droit. A ces moments-là, il demande à retourner chez lui pour se soigner. Mais quand il va bien, il supporte facilement son internement et ne se trouve pas mécontent de son sort.

Actuellement, le malade présente un affaiblissement intellectuel léger et stationnaire. Il est simplement puéril, et la seule chose qui surprenne chez lui, c'est d'accepter aussi facilement sa situation. Il ne présente aucune idée délirante, s'occupe toute la journée et rend service. Sa mémoire, sans être très précise est assez bien conservée. Et le malade se montre capable de raisonner sainement.

Il présente une abolition des réflexes achilléens. Le réflexe rotulien gauche est aussi aboli ; le droit est conservé. Les pupilles ne réagissent pratiquement pas à la lumière. Signe de Romberg.

Les troubles de la parole ont disparu (le malade s'est fait poser un appareil de prothèse). Il n'y a pas de tremblement de la langue, ni des doigts.

La ponction lombaire montre une hyperalbuminose légère (0,50), une réaction lymphocytaire peu marquée, 4 éléments par milli-cube à la cellule de Nageotte, et un Wassermann légèrement positif.

En résumé, le diagnostic de paralysie générale, porté à l'entrée, ne peut être maintenu. A elle seule la lenteur de l'évolution rend ce diagnostic fort improbable. De plus, il n'existe actuellement aucun signe organique qui soit en faveur de cette affection. L'affaiblissement intellectuel, avec un certain degré d'indifférence de passivité, ne ressemble nullement à la démence globale de la paralysie générale. L'activité de ce malade est capable d'initiative. Force nous est donc de nous en tenir au diagnostic d'Etat déficitaire léger et non progressif, chez un tabétique ancien qui n'a pas été traité.

OBSERVATION IX

(HAGUENAU ET PARANT)

Syndrome paralytique et tabes

Comp... César-Auguste, 31 ans. Malade du service du Docteur Vallon, interné depuis six ans (14 novembre 1915), a toujours été considéré comme paralytique général : le certificat d'internement portait : « Symptômes de paralysie générale, tels que : douleurs de tête persistantes, marche pénible, légère inégalité pupillaire, idées délirantes. Ce malade veut vendre son mobilier, quitter Paris pour aller dans une île chercher les millions qu'il y a enfouis entre un arbre et un coquillage. Il a été jockey et a gagné le grand prix de Liverpool. »

A l'entrée à l'Asile, on note en plus de l'achoppement syllabique, un tremblement fibrillaire de la langue, du myosis et de l'immobilité pupillaire, une démarche vacillante, de l'abolition des réflexes pupillaires.

Depuis lors, tous les certificats de situation maintiennent le diagnostic de paralysie générale.

Haguenau, ayant constaté le très faible degré d'affaiblissement intellectuel, et tout au plus de la niaiserie avec quel-

ques lacunes de la mémoire, notant en outre tous les gros signes de la série tabétique, conclut : « qu'il s'agit d'un sujet syphilitique ayant fait une période d'agitation maniaque, avec délire des grandeurs incohérent. Mais chez lui, on assiste à la disparition des symptômes d'excitation morbide, à une amélioration considérable de l'état intellectuel, en même temps que s'installent tous les signes d'une localisation médullaire ; il devient un tabétique et le processus méningo-encéphalique paraît arrêté, c'est un cas d'attente, qu'il faut, jusqu'à une plus ample évolution caser dans ce groupe si mal défini des troubles mentaux du tabes. Notons que dans ce cas l'arrêt des phénomènes inflammatoires est corroboré par la disparition du syndrome humoral ».

L'état mental du malade est le suivant : le déficit de la mémoire est très limité et porte sur certaines dates : le malade se rappelle très exactement la plupart des événements de sa vie, beaucoup de noms propres, etc... Ainsi, il a conservé des souvenirs du voyage en Amérique qu'il fit entre 1913 et 1914 ; il récite également de longues tirades de vers, mais n'arrive pas à se rappeler un poème de sa composition.

Il est capable de raconter et de critiquer les troubles délirants qu'il présentait lors de son internement. Par contre, il se reconnaît mal dans les dates, ne sait plus bien l'âge de sa femme, les différentes étapes de son évacuation des armées, etc...

Le calcul élémentaire est encore correct, mais lent et difficile. L'attention spontanée et provoquée est suffisante au cours d'un examen prolongé.

Il ne présente aucun trouble délirant ; pas d'idées de richesse. « Je ne suis pas dépensier. » Son jugement et son esprit critique sont en général satisfaisants, bien que, par exemple, il n'arrive pas à préciser les causes de sa réforme et qu'il manifeste parfois un certain puérilisme.

Son affectivité est particulièrement bien conservée ; le souvenir de sa mère qu'il a perdue l'attendrit ; il pleure en pensant à une ancienne maîtresse qui lui a laissé un fils, et qui est morte avant qu'il ait pu l'épouser. Les marques d'attention de sa femme et de sa fille l'émeuvent profondément, et il est très sensible aux visites qu'il reçoit.

Il ne s'accoutume pas à son internement, et désire être repris par sa femme. Les associations d'idées sont faciles, allant jusqu'au goût du calembour.

L'on note toutefois une certaine euphorie et quelques idées de satisfaction niaise. Ce sont ses dents qui plaisaient à sa femme ainsi que sa façon simple et correcte d'être habillé.

Retenu presque constamment au lit par son ataxie locomotrice très avancée, il ne reste cependant pas inactif ; il joue avec des camarades et s'occupe à peindre et à dessiner.

Le plus souvent, il se contente de copies dont le dessin est à peu près correct, mais il lui arrive de faire quelques petits dessins originaux. La composition en est simple, mais ne lui a pas été inspirée, et on remarque aussi la netteté du trait, tracé sans hésitations et sans retouches.

Le malade ne nie pas la syphilis, qu'il aurait contracté avec une actrice du théâtre de Cluny, où il aimait à jouer de petits rôles ; mais il ne convient pas d'avoir fait la noce, et « a toujours vécu honnêtement ».

Les signes neurologiques du tabes sont très accusés : grosse ataxie des membres inférieurs et supérieurs ; incoordination cérébelleuse ; pas d'hypotonie, pas de douleurs fulgurantes ; troubles oculaires, myosis, pupilles égales, mais ne réagissant pas à la lumière. Pas de tremblement des mains, mais une certaine instabilité des doigts ; à la langue, pas de mouvements de trombone. Les érections sont normales.

Malgré une certaine difficulté d'élocution, on ne relève aucune dysarthrie vraie : les mots d'épreuve même les plus difficiles, sont correctement prononcés.

Notons enfin que les céphalées sont légères et transitoires. Les réactions humorales qui avaient donné à Haguenau des résultats négatifs aux cinq épreuves pratiquées, nous ont, au contraire, indiqué : albumine 0,45.

23 éléments par milli-cube ;

La réaction de Guillain est subpositive, faible, n'apparaissant qu'au bout de 24 heures. La courbe est atypique et curieuse. Elle est en tous cas bien différente d'une courbe paralytique.

B.-W. du liquide céphalo-rachidien positif avec 1 cc. de liquide céphalo-rachidien,

B.-W du liquide céphalo-rachidien négatif avec 0 cc. 5 de liquide céphalo-rachidien.

Ces réactions indiquent une positivité atténuée.

OBSERVATION X

(Professeur CLAUDE)

Syndrome paralytique chez un tabétique alcoolique.

Il s'agit d'un homme de 41 ans, boucher, que sa femme amène à l'hôpital « parce qu'il n'a plus sa tête à lui ».

Ses antécédents pathologiques sont peu chargés. Notons cependant qu'il aurait eu, vers l'âge de 17 ans, une ulcération de la lèvre, vraisemblablement un chancre syphilitique ; il n'a pas suivi de traitement mercuriel. Marié à 23 ans, il a trois enfants qui sont en bonne santé. Notons encore que son père est nettement alcoolique. Les troubles actuels remontent à trois ans environ ; à ce moment, notre malade qui avait toujours été garçon boucher et était resté assez solide, s'étant établi à son compte, a fait des excès de boisson. Son caractère qui, antérieurement, était déjà un peu irritable, s'est modifié ; on constate qu'il devient brutal, exalté ; puis il s'est révélé nettement délirant, se croyant extrêmement riche, et faisant des achats très exagérés. Il était arrivé à avoir une inconscience absolue de sa situation ; il ne pensait qu'à accumuler la viande dans sa boutique, se vantait de faire des recettes magnifiques, promettait à sa femme de splendides bijoux, etc...

Bref, comme il négligeait complètement ses affaires, au bout de quelques mois, il doit fermer boutique ; il cesse en même temps de boire, et son état mental se serait amélioré considérablement.

De février à juillet 1910, il revint à son état normal ; il travailla d'une façon intermittente. En juillet 1910, il acheta un autre fonds de commerce, il reprit ses habitudes intempérantes, et à la suite de discussions de famille, de nouveau il présente un état d'exaltation et d'irritabilité extrême. En mars 1911, il dû abandonner encore ses occupations ; il

quitta Paris, passa quelques mois à la campagne. Il était alors abattu, déprimé, et disait n'avoir plus sa raison. Il parut se remettre à la suite de ce repos, et se plaça de nouveau comme garçon boucher ; mais il ne put rester chez aucun patron, parce qu'il avait des troubles de la mémoire, se perdant dans les rues, oubliant les courses qu'il devait faire, se trompant dans les pesées et les calculs, réclamant de l'argent qu'on ne lui devait pas. D'ailleurs le malade se rendait bien compte de cet affaiblissement intellectuel. Rentré chez lui, le soir, il pleurait et s'inquiétait de son avenir, il se plaignait de souffrir de la tête, il avait la figure congestionnée.

Pendant cette période, sans être sobre, il ne faisait pas d'excès de boisson. Au point de vue affectif, il a été d'abord brutal, injuriant et frappant sa femme ; il l'a même quitté pendant six mois. Depuis quelques temps, il la plaint au contraire, et lui demande pardon du mal qu'il lui cause. Dernièrement, la voyant réduite à la misère, il désespère, et songe à se suicider.

Depuis plusieurs mois, il passe en somme par des phases d'exaltation et de dépression, alternant avec des périodes où il paraît à peu près normal.

En l'examinant, nous trouvons chez ce malade la plupart des symptômes de la série tabétique : abolition des réflexes tendineux, signe d'Argyll, léger Romberg, quelques troubles de la sensibilité objective. Il se plaint de douleurs du type fulgurant, d'ailleurs peu intenses, de paresse vésicale, d'incontinence d'urine, et d'impuissance. Il n'y a pas d'incoordination motrice.

La ponction lombaire nous a montré un liquide riche en lymphocytes et en polynucléaires et la réaction de Wassermann a été positive. Le diagnostic de tabes n'est donc pas douteux.

Depuis son entrée dans le service l'état de ce malade a été en s'améliorant. Il s'était plaint d'une céphalée violente qui s'est atténuée. Il n'a prononcé aucune parole révélant un état délirant, ni fait aucun acte déraisonnable. Il est en général triste, pleure facilement, s'inquiète de son avenir. Il craint de ne plus pouvoir travailler, car sa mémoire est très

affaiblie, et il ne se souvient plus d'un acte qu'il a exécuté peu de temps auparavant. Cependant, il sait le nom et l'adresse de ses divers pairs. Il fait bien les opérations simples de calcul mental. Il lit et écrit correctement. Il n'a pas de dysarthrie. En raison de la difficulté qu'il éprouve à fixer son attention, il ne s'intéresse pas à la lecture.

Au point de vue somatique, il existe un léger tremblement de la langue et des mains ; il n'y a pas de tremblement des lèvres, ni de mâchonnement. Le sommeil est très mauvais, coupé par des cauchemars avec sensation de chute dans les précipices.

Comment interpréter ces troubles mentaux. Faut-il admettre une association de tabes et de paralysie générale ? La lenteur de l'évolution, l'allure polymorphe et périodique des troubles intellectuels, l'absence de tremblements au niveau de la langue ou des lèvres, l'absence de troubles dysarthriques, d'achoppement, permettent d'écarter le diagnostic de paralysie générale. Notre malade prononce bien les mots d'épreuve, il compte correctement et fait bien les opérations de calcul simple. Il se rend bien compte de son état de déchéance. Il le déplore et s'inquiète de chercher une situation qui soit plus en rapport avec son état de santé. S'il y a eu, autrefois, des idées mégalomaniaques, il n'existe plus de délire, ni état confusionnel. S'il existe manifestement de l'affaiblissement intellectuel, il n'y a pas de gros troubles du jugement, du raisonnement, de l'affectivité. L'auto-critique est conservée. De sorte qu'à l'heure actuelle, le diagnostic de paralysie générale avec rémission ne peut être accepté.

S'agit-il de troubles psychopathiques d'origine alcoolique ? Notre malade est certainement un alcoolique ; nous avons vu que c'est au cours des périodes où il a fait de grands excès de boisson qu'il a présenté ses premiers troubles mentaux à caractères délirants. Ceux-ci ont rétrocedé et reparu à divers moments, suivant que le malade faisait plus ou moins d'excès. Dans ces derniers temps il nous a avoué qu'il prenait encore plus d'un litre de vin, du café avec du rhum, des vermouths. L'existence d'un tremblement des mains, des lèvres, des cauchemars avec sensation de chute, est en faveur d'une intoxication alcoolique chronique. Néanmoins l'examen cli-

nique ne permet pas de penser qu'il s'agisse d'un cas de polynévrite avec psychose de Korsakoff.

L'imprégnation alcoolique a certainement favorisé l'éclosion et le développement des troubles psychiques, en créant un terrain favorable. Mais la syphilis cérébrale a dû jouer un rôle prépondérant. D'autres causes peut-être s'y sont associées ; car on sait combien sont variés, au point de vue clinique et pathogénique, les troubles mentaux des tabétiques.

Le malade a été soumis à un traitement par une série d'injections intraveineuses de néo-salvarsan, à la dose de 30 centigrammes. Depuis trois semaines que nous observons ce malade nous constatons une amélioration certaine de son activité mentale. Nous ne saurions trop recommander dans les cas douteux de ce genre, d'instituer un traitement antisypilitique des plus énergiques (Claude).

OBSERVATION XI

(Professeur CLAUDE)

Syndrome paralytique aigu et transitoire au cours d'un tabes.

Il s'agit d'un homme de 36 ans dont l'observation a déjà été rapportée par Lejeune et Gougerot, et que j'ai suivi ultérieurement à la Salpêtrière et dont j'ai pu compléter l'histoire.

Antécédents héréditaires. — Père normal, mère nerveuse, irritable, morte d'un ictus apoplectique. Un frère ayant eu des attaques d'épilepsie et mort tabétique. Pas d'aliénés, pas d'anomalies chez les différents membres de la famille.

Antécédents personnels. — Malade n'ayant jamais présenté de troubles mentaux, ni de bizarreries de caractère. Autrefois très doux. Marié, travaillait régulièrement, parlant plusieurs langues. Pas d'habitudes d'intempérance, pas d'intoxication professionnelle ou médicamenteuse.

Syphilis à dix-neuf ans, mal soignée.

Apparition des douleurs fulgurantes en 1896, le tabes est

diagnostiqué. Dès ce moment, il se traite avec des injections d'huile grise. En mai 1901, apparition des premiers troubles de la marche, incoordination, perte de l'équilibre. En juillet 1901, le malade présente un grand amaigrissement, il a des troubles de la mémoire (amnésie antérograde) ; il est incapable de travailler, de faire son courrier, il se plaint de la tête surtout, il ne manifeste aucune idée délirante ; on continue à le soumettre au traitement spécifique ; piqûres de bio-dure, les troubles psychiques s'atténuent peu à peu. Pendant les années 1902 et 1903, rien à signaler, sauf l'accentuation des phénomènes de tabes.

En 1904, trois crises laryngées, qui sont suivies d'un retour des troubles mentaux, mais ceux-ci sont beaucoup plus accusés que la première fois : incohérence des paroles, idées fixes, agitation. Il voulait aller voter sans raison, voulait sortir, etc... Cette crise d'excitation disparaît après plusieurs semaines de traitement mercuriel. En 1905, état psychique normal.

En juillet 1906, nouvelles crises laryngées. Le 4 août, apparition brusque de troubles mentaux : agitation extrême, hallucinations, insomnies, voulait s'arracher la langue, gros troubles de la parole ; ne pouvait trouver ses mots, dysarthrie, paraissait étouffer, était congestionné, il avait les yeux fixes et hagards et ne reconnaissait personne. Le lendemain, il était mieux, reconnu sa femme, ne se rappelait plus rien, mais il souffrait de la tête. Les jours suivants il s'améliore, mais reste excité : il veut toujours marcher, sortir ; ses propos sont raisonnables.

Quinze jours plus tard, il est pris de nouveau de délire, d'agitation ; il se dévêtait, voulut sortir, repoussait toutes les personnes qui l'approchaient. La nuit, il s'endormit et fut assez bien pendant quelques jours. Un nouvel accès se produisit à la fin d'août : agitation, crises, état subcomateux, sans fièvre. Les jours suivants, l'agitation, l'état délirant, les violences, s'accrurent. Il frappait les gardes, les prenait à la gorge, jetait des objets à sa porte, croyait qu'on voulait l'enfermer, le mettre dans une fosse, etc... On dut le placer dans une maison de santé, car il était gâteux et présentait des escharres.

Son état ne s'améliora que peu à peu, l'agitation se calma graduellement ; il s'intéressa à ce qui se passait autour de lui, reconnut sa famille, demanda des nouvelles des siens. Toutefois, il se sentait toujours troublé, disait qu'il ne retrouverait pas ses idées, et reconnaissait qu'il ne pouvait s'en aller.

Brusquement un jour, il lut le journal et déclara qu'il se sentait un autre homme. Néanmoins, il resta encore six semaines à la maison de santé, et ne sortit qu'en décembre 1906. Le troisième accès a donc duré près de 4 mois. Le malade n'avait pas conservé le souvenir des événements, et ne se rappelait pas comment il était entré à la maison de santé.

Depuis cette époque, les troubles mentaux avaient disparu ; et lorsque le malade vint à la Salpêtrière, c'était en raison de ses manifestations tabétiques qui devenaient de plus en plus graves. J'ai observé le malade par la suite ; il ne présentait aucun trouble mental.

Il travaillait à faire des traductions. Il écrivait des lettres absolument correctes, et rien ne permettait de penser, chez lui, à un affaiblissement des facultés intellectuelles.

OBSERVATION XII (*Clinique et anatomo-histologique*)

(Professeur CLAUDE)

Méningo-encéphalite syphilitique aiguë chez un tabétique.

N..., 45 ans, cocher de fiacre, entré le 11 octobre 1917, à la Clinique de la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans d'une congestion pulmonaire. Mère âgée actuellement de 84 ans ; bien portante ; eut 14 enfants dont 8 sont actuellement vivants.

Antécédents personnels. — Toujours bien portant dans son enfance. Blennorragie à 18 ans. Scarlatine à 19 ans. A 25 ans, chancre du repli balano-préputial qui ne fut pas traité, plaques muqueuses sur la langue, Pas d'autres éruptions.

Affection actuelle. — Il y a environ six ans, N... ressentit par moment de petites douleurs dans les jambes, mais peu vives et rares. La marche devient pénible. il descend ou monte difficilement son escalier, surtout le soir, lorsque la lumière est éteinte.

Il y a cinq ans, est pris subitement sur son siège d'un éourdissement. Il tombe sur le trottoir, est relevé par des passants, revient au bout de quelques temps à lui, se demandant ce qui venait de lui arriver. Après cette sorte d'ictus, il n'éprouva aucune faiblesse ni dans un bras, ni dans une jambe, ni dans l'un des côtés du corps. Il reprit son travail, continuant d'éprouver seulement un sentiment de fatigue générale et surtout de difficulté de la marche.

Huit jours après, second ictus analogue au premier, sans perte de connaissance, à la suite duquel il éprouve un léger embarras de la parole. Le lendemain, il se rend à pied à l'hôpital Broussais où il reste trois mois. Traitement mercuriel et ioduré.

Il reprit son travail et le continua jusqu'en novembre 1903. A cette époque, il se fait traiter à la Salpêtrière (huile grise). On constate : myosis, surtout à droite ; signe d'Argyll bilatéral, diplopie par moments, troubles urinaires, rétention, sensation de chaleur dans l'urèthre. Grosse ataxie, surtout lorsqu'il n'y a pas de lumière ; Romberg très accentué ; douleurs fulgurantes extrêmement violentes, dans les jambes seulement ; abolition des réflexes rotuliens.

En janvier 1905, piqûres de nitrite de soude, disparition des douleurs au bout de quarante piqûres ; ces douleurs ne reparaîtront que vers le mois de juillet 1907.

En novembre 1906, chute de toutes les dents de la mâchoire supérieure, sans douleurs. Etat psychique absolument normal. Continuait son métier de cocher de fiacre.

Vers le mois de février ou de mars (1907), nouvel ictus. Toutefois il ne perdit pas complètement connaissance ; mais, dit-il, il lui était impossible de se tenir sur ses jambes ; tout son corps était animé d'un tremblement général ; il avait du vertige.

Deux ou trois jours après cet ictus, son entourage constate qu'il se livre à des actes bizarres ; il rassemble des allumet-

tes, des bouts de bois, les cloue ensemble, en fait des constructions qui ne ressemblent à rien, et lorsqu'on lui demande ce qu'il est en train de faire, il répond d'un air préoccupé que ce sont des « inventions », qu'on verra plus tard, etc... Il en perd le boire et le manger. On a toutes les peines du monde à le tirer de ces occupations ridicules. Quand on réussit au moment des repas à l'arracher à son travail, il reste préoccupé, parle des inventions extraordinaires qu'il est en train de faire (sans préciser d'ailleurs de quoi il s'agit), se lève brusquement de table pour retourner à ses machines. De plus, il est rempli de bienveillance pour tout le monde. S'il travaille à ses inventions, c'est pour en faire profiter son frère et sa belle-sœur qui sont si bons pour lui.

Cet état persiste cinq ou six jours au plus. Nous revoyons le malade fin mai 1907, c'est-à-dire environ quinze jours après la cessation des accidents mentaux signalés ci-dessus.

Lorsqu'on lui parle de ce qui s'était passé, il rit, dit qu'il avait perdu la tête, qu'il ne sait ce qui lui a pris. Il se souvient parfaitement de ce qu'il a fait et dit pendant cette période.

En juin, le malade a repris son travail ; il semble cependant persister un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

En juillet, le tabes s'aggrave rapidement. Il n'y a pas de troubles de la parole ; pas de tremblement de la langue, ni des doigts ; pas de perte de mémoire.

En octobre, N... entre dans le service ; il est calme, tranquille, plutôt attristé de voir que son état s'aggrave. Il doit rester la plupart du temps couché, ne pouvant plus se tenir sur ses jambes. L'état psychique est normal. Cet homme ne manifeste aucune idée délirante, son jugement et son raisonnement ne donnent lieu à aucune remarque. Sa mémoire est bonne. Il n'existe pas de dysarthrie, même dans la prononciation des mots d'épreuve, pas de tremblement de la langue ni des mains.

Dans la nuit du 31 décembre au 1^{er} janvier 1908, le malade qui était déprimé depuis la veille et se plaignait de la tête, commence à délirer, à s'agiter. Il se lève, allume des bougies, on le maintient au lit à grand-peine.

Le 1^{er} janvier, il continue à être très agité ; il veut faire

son testament, fait des cadeaux à ses voisins, aux infirmiers : ses effets à l'un, 2.000 fr. à un autre. Puis, il passe sans transition à des idées de culpabilité imprécises.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 janvier, il tente de se suicider en s'étranglant avec une ficelle.

Le 3 janvier, il continue à être très agité, à se débattre, à pousser des cris, à pleurer, on a dû l'emmailloter. Lorsqu'on lui demande pourquoi il est là, il dit que c'est parce qu'il est un brigand, une vieille canaille ; « qui est-ce qui aurait dit cela de lui, qui a fait un sauvetage autrefois, qui était si bon soldat, on peut le demander à son colonel... ». Il passe ainsi d'idées de culpabilité aux idées de grandeur, de mélancolie, de persécution. Le tout, au milieu d'une agitation incessante. Il est absolument désorienté et excité pendant trois jours.

Le 6 janvier, il est un peu plus calme, il reconnaît les infirmiers et les médecins qui l'entourent et dit leurs noms. Ces moments de lucidité sont courts.

Dans les jours suivants, l'agitation maniaque avec délire polymorphe persiste, avec des alternatives de plus ou moins grande excitation. Toutefois, au cours de cette agitation, on peut obtenir des moments de calme ; c'est ainsi qu'il se laisse chaque jour prendre la température rectale sans bouger.

Le 14 janvier, le malade tombe dans le coma, la température s'élève et il succombe le 15.

L'autopsie a été pratiquée. Les différents organes ne présentent rien de remarquable. Voici ce qu'on observe au cerveau :

« Le cerveau, qui a été formolé, est bien conservé ; sur l'hémisphère gauche, on remarque un épaississement méningé au niveau du commencement du sillon de Sylvius. La corticalité cérébrale est très congestionnée dans la région pariétale ainsi qu'au niveau du pied de la 3^e frontale et de la partie inférieure du sillon de Rolando, où les méninges sont également épaissies. Sur la partie antérieure de la 1^{re} frontale, on trouve des adhérences de la dure-mère à la pie-mère, peu étendues, mais nettement vascularisées. La substance corticale sous-jacente est amincie, plissée et congestionnée.

L'hémisphère droit est parsemé également de petites adhérences vascularisées, au niveau de la partie supérieure. La

1^{re} et la 2^e frontales sont congestionnées, dans la région antérieure. A la base de la 2^e frontale, près du sillon de Rolando, il existe une petite masse sous-arachnoïdienne blanchâtre, de la forme et de la dimension d'une lentille, qui paraît constituée par un épaississement scléreux de la méninge.

En dehors des régions que nous venons de signaler, on ne constate pas de lésions importantes. La méninge se détache facilement de la surface des circonvolutions, sans entraîner de parcelles de la substance cérébrale. A la base, il n'existe pas d'altérations méningées accusées. Le chiasma et le sillon bulbo-protubérantiel ne sont pas le siège d'exsudats, ni d'infiltration scléro-gommeuse. La vascularisation paraît normale et les artères ne sont pas malades.

Sur la coupe du cerveau, on note, sur l'hémisphère gauche surtout, la présence de plusieurs petits foyers de ramollissements hémorragiques de date ancienne, d'aspect linéaire, ne dépassant pas un centimètre de longueur. L'un d'eux est situé au niveau de la partie externe du noyau lenticulaire, un autre vers la région postérieure de la capsule interne, un troisième dans la substance blanche du lobe frontal. »

L'examen histologique a été fait. On en trouvera le détail en se reportant à *L'Encéphale* n° 12, année 1912, page 425. Nous nous bornons ici à reproduire le résumé suivant :

La moelle présente des lésions typiques de tabes sur laquelle nous n'insisterons pas.

Au cerveau, on constate les lésions suivantes :

1° Nodule scléro-gommeux, nettement isolé, bien caractérisé.

2° Epaississements scléreux anciens, bien localisés, des méninges molles, avec adhérences dure-mériennes anciennes, compliquées parfois d'infiltrations hémorragiques, le plus souvent provoquées elles-mêmes par des hémorragies corticales du voisinage.

3° Foyers de ramollissements hémorragiques sous-corticaux ou profonds en rapport avec des lésions artérielles nettes, et accompagnées de réactions inflammatoires périphériques, contrastant avec l'intégrité de la substance nerveuse des parties plus éloignées.

4° Foyers d'encéphalite œdémateuse très circonscrits, avec réactions inflammatoires, sans nécrose.

Toutes ces lésions, toujours limitées, contrastent avec l'intégrité de la plus grande partie de la masse encéphalique. Sur un très grand nombre de coupes des divers lobes, il n'est pas possible de constater une réaction méningée véritable. Les cellules de la corticalité cérébrale, les fibres des réseaux superficiels, sont intactes. Enfin, les vaisseaux ne présentent aucune de ces altérations des gaines si communes dans la paralysie générale. Dans les parties malades, toutes les lésions sont circonscrites à certains vaisseaux, et de préférence les artérioles d'un certain calibre, ou bien ce sont des inflammations méningées limitées de date ancienne ou récente.

Nous estimons qu'on ne peut parler dans ce cas de paralysie générale. Il s'agit de syphilis cérébrale scléro-gommeuse, d'encéphalomalacie par artérite syphilitique ou d'encéphalite œdémateuse.

OBSERVATION XIII (*Clinique et anatomo-histologique*)

(*Professeur URÉCHIA*)

Méningo-encéphalite syphilitique aiguë chez un tabétique.

J. H..., âgé de trente-cinq ans, malade depuis une semaine. Le malade accusait des maux de tête, ne travaillait plus, refusait la nourriture, quittait sans motif la maison, menaçait sa femme.

Examen physique. — Tachycardie, les pulsations des humérales sont visibles ; rétention d'urine ; pupilles inégales avec contour irrégulier ; la réaction à la lumière est affaiblie ; les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Dans la ponction lombaire, les réactions de Nonne-Apel et de Pandy, de même que la lymphocytose, sont négatives. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang et dans le liquide.

Examen psychique. — La mémoire n'est que peu troublée ; la malade connaît la date de son internement, nous raconte

avec détails son voyage, se rappelle des impulsions qu'il a eues à la maison ; il ne sait pas la date de son mariage, et de l'entrée au service militaire. Très déprimé, l'attention se provoque difficilement et pour peu de temps. Il répond rarement aux questions qu'on lui pose et après un grand intervalle de temps ; anxieux, pleure souvent, se sent malade, accuse des douleurs de tête ; hallucinations visuelles, il voit des diables cornus, le diable est maître de son intelligence, parce qu'il est indigne, parce qu'il a volé. Succombe par myocardite douze jours après son internement.

A l'autopsie, légère congestion du cerveau. Les méninges un peu épaissies dans la région pariétale. A l'examen microscopique de la région pariétale, lésions évidentes de syphilis cérébrale ; dans quelques régions, lésions de méningo-encéphalite, surtout dans les sillons inter-hémisphériques. Dans ces endroits, on rencontre des plaques d'infiltration avec lymphocytes et quelques mononucléaires. Au-dessous de ces plaques, on rencontre des vaisseaux infiltrés ou bien des vaisseaux avec l'endothélium et l'adventice proliférés, rappelant l'endarterite syphilitique des petits vaisseaux. Les lésions de méningo-encéphalite superficielle ne se rencontrent que dans des lésions limitées. La plus grande partie du cerveau est exempte de lésions inflammatoires, ces lésions inflammatoires ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans la profondeur.

OBSERVATION XIV (*Clinique et anatomo-histologique*)

(Professeur URECHIA)

Troubles moraux chez un tabétique

C. F., âgé de trente-cinq ans, est tabétique depuis huit ans ; son père a été professeur universitaire. Lui-même a été capitaine de cavalerie. Quoique son tabes ne fut pas assez grave pour l'empêcher de faire son service militaire, le malade a dû quitter l'armée à cause de sa conduite dégradante. Il s'est marié avec une demi-mondaine et ne se gêne pas pour s'afficher avec elle, et mène une vie de débauche, s'enivre dans les locaux les plus abjects.

Très négligé de sa personne, il emprunte de l'argent qu'il

ne rend plus, sollicite des personnes qu'il connaît des commandes de pyrogravure qu'il n'exécute le plus souvent pas. A dépensé tout son héritage ; n'est plus en relation avec sa famille.

Le malade vit d'expédients, et un beau jour, n'ayant plus aucune ressource, sollicite d'être admis dans notre clinique. A part les symptômes sus-mentionnés, nous constatons un tabes avec ataxie légère et douleurs rhumatoïdes.

Succombe par pleurésie grippale.

A l'examen microscopique du cerveau (nous avons pris 12 morceaux) nous trouvons, sur de très rares coupes, des vaisseaux infiltrés de cellules plasmatiques et de lymphocytes ; les altérations sont discrètes et atteignent en général, les vaisseaux de moyen calibre. Le nombre de vaisseaux infiltrés est très réduit. Les lésions n'étaient donc pas cantonnées dans la moelle, elles intéressaient d'une manière discrète le cerveau aussi. Notre cas donne raison à ceux qui soutiennent qu'il s'agit dans ces cas d'une syphilis cérébro-spinale, et pas du tout d'une psychose tabétique.

OBSERVATION XV (*Clinique et anatomo-histologique*)

(TRUELLE ET CORNET)

M., âgée de 56 ans, entre pour la deuxième fois à la maison de santé, le 25 septembre 1913.

Antécédents héréditaires. — Père buveur, frère aliéné.

Antécédents personnels. — Mal connus. Syphilis vers l'âge de 15 ans. A vécu pendant 30 ans aux colonies (Côte d'Ivoire, Tonkin) d'une existence assez aventureuse. Paludisme. Pas d'habitudes alcooliques. Jamais de troubles mentaux avant l'apparition du tabes. Jamais d'alternances de l'humeur.

Tabes diagnostiqué en janvier 1909 (52 ans). Douleurs fulgurantes et crises gastriques extrêmement pénibles.

Troubles mentaux pour la première fois en mars 1910. Le 1^{er} mars, la malade, rentrée du Tonkin très fatiguée par ses douleurs tabétiques incessantes, présente vite des accès d'énervement et d'anxiété, de l'agitation ; puis des crises de violence

et des idées de suicide. Elle entre une première fois à la maison de santé le 14 mars 1910. Le certificat constate alors : « Léger affaiblissement intellectuel avec idées hypochondriaques et de satisfaction. Agitation par intervalle. Crises gastriques. Tabes. »

Ce qui domine, ce sont les crises d'agitation anxieuse entrecoupées de courts intervalles de calme ou de dépression, et les idées hypochondriaques multiples. Elle est rongée par les vers, elle a un lézard dans le ventre. Et on note aussi des idées de persécution et d'empoisonnement et quelques idées de satisfaction. Les réactions sont vives et quelque peu discordantes. Plaintes, gémissements, impatiences, récriminations, menaces, pseudo-tentatives de suicide. L'humeur reste mobile. La malade est désordonnée et sans pudeur. Ceci joint à une certaine désorientation dans le temps, à de l'imprécision de la mémoire, fait admettre l'existence d'un léger affaiblissement intellectuel.

Pas d'embarras de la parole.

Elle sort le 23 avril, guérie de son accès d'angoisse délirante, débarrassée aussi de ses crises douloureuses.

Pendant trois ans, elle va relativement bien, mène une existence intellectuellement normale en apparence, bien que restreinte.

Au début de 1913, vertiges, étourdissements, insomnies. On lui fait successivement deux injections de 606, puis dix injections de sérum Quéry. (Elle avait toujours suivi un traitement antisyphilitique énergique). L'état va en s'aggravant. Elle est ramenée à Ville-Evrard le 25 septembre

L'agitation est extrême ; ce sont par crises des accès d'anxiété avec turbulence, des lamentations, des tentatives constantes d'auto-mutilation, en rapport avec les crises douloureuses viscérales ou périphériques multiples (crises pharyngées avec obstacle à l'alimentation, crises laryngées avec apnée momentanée) et tachycardie paroxystique, crises gastriques avec ou sans vomissements, douleurs thoraciques constrictives, douleurs fulgurantes des membres. Les idées hypochondriaques exprimées correspondent à ces sensations atrocement pénibles. Elle ne peut plus parler, ni avaler ; elle étouffe et va éclater ; son estomac est rétréci ; elle a tout le corps vide,

ses organes sont pourris, sa gorge bouchée, ses jambes et ses pieds sont disloqués, sa tête est pleine de fourmis, tous ses nerfs sont tombés, elle n'est plus qu'une loque, etc... Par moment elle est calme, mais toujours un peu obnubilée. Son humeur est mobile, tantôt difficile et jalouse, tantôt humble et confiante. Elle exprime parfois quelques vagues idées de persécution. Sa mémoire est imprécise, son jugement faussé, ses écrits incorrects.

La parole est monotone, entrecoupée, sans achoppement vrai.

Une ponction lombaire faite le 10 novembre donne 9 lymphocytes par milli-cube, avec une forte albuminose et un Wassermann faiblement positif ; le liquide est clair.

A partir du 8 novembre, la malade entre dans un état de prostration profonde, elle reste confinée au lit, gémissant doucement, couchée en chien de fusil ; la langue est sèche, les lèvres fuligineuses. Les jours suivants, une diarrhée fétide s'installe et la malade s'éteint le 16 novembre en hypothermie ($35^{\circ}4$). Elle a perdu 8 kgs en un mois.

L'autopsie est pratiquée. Aux différents organes, rien de notable. A la moelle, lésions typiques de tabes.

A l'encéphale : épaissement de la dure-mère, leptoméningite par plaques, léger œdème sous-pié-mèrien. Pas d'adhérences. Etat finement granuleux des ventricules latéraux et du plancher du quatrième ventricule.

A l'examen histologique, on trouve la pie-mère normale en certains endroits, épaissie et scléreuse en d'autres, et légèrement infiltrée. Il y a aussi une infiltration péri-vasculaire extrêmement discrète dans l'encéphale, une congestion considérable avec de nombreux néo-capillaires. Les cellules sont irrégulièrement colorées, beaucoup surchargées de pigment jaune ; en général, les grains chromatiques ont tendance à devenir poussiéreux. Les lésions cellulaires, somme toute, sont extrêmement discrètes. Il en est de même de celles des fibres tangentielles et des autres fibres parallèles.

En somme, les lésions sont très discrètes et ne répondent pas à ce que l'on pourrait attendre de l'ancienneté de l'évolution clinique. Les lésions cellulaires sont aussi peu précises que les lésions méningées.

OBSERVATION XVI (*Clinique et thérapeutique*)

(*Personnelle*)

Syndrome paralytique chez un tabétique

Lor... entre à l'Asile le 2 septembre 1929, avec le certificat suivant : « Tabétique, agitation, propos incohérents symptomatiques d'une évolution paralytique. »

C'est un homme de 50 ans. Enfant naturel, élevé par sa mère, il a été en classe jusqu'à l'âge de 13 ans. Puis il a complété ses études après avoir fait son service militaire, en suivant les cours du soir. Très intelligent, il a trouvé une place de comptable et a exercé ces fonctions jusqu'à ces derniers temps.

A 15 ans, séjournant dans les Dombes, il a eu des accès palustres, suivis d'un amaigrissement notable. Et, par la suite, de temps en temps il faisait une poussée de paludisme, bien qu'il prît assez régulièrement de la quinine.

Blennorragie en 1902. Syphilis, le 15 août 1904. Roséole.

Il se marie une première fois en 1907. Au bout de dix-huit mois, il divorce à cause de l'inconduite de sa femme. Il a de gros ennuis conjugaux et, à cette époque, il se laisse compromettre dans une affaire de détournement de marchandises, malgré son honnêteté foncière.

En 1912, le malade se remarie ; et sa deuxième femme signale que dès ce moment, son mari était complètement impuissant, qu'elle n'a jamais eu de rapports complets avec lui.

La guerre éclate. Il part au front. En 1915, à Bar-le-Duc, il subit une violente commotion par éclatement d'obus. On le retrouve étendu à terre, incapable de dire son nom, avec une amnésie complète, et un tremblement généralisé qui le firent réformer avec une pension de 20 %. Par la suite, le malade s'est complètement rétabli.

Dès 1905, le malade accusait de violentes douleurs dans la plante des pieds et dans les membres ; il fut, à diverses reprises, traité pour rhumatismes. En 1914, il présente des céphalées diurnes très intenses, des douleurs fulgurantes dans les

mollets, les chevilles, les orteils, la plante des pieds, à début et cessation brusques.

En même temps, il présentait des réactions psychiques déjà anormales. Il lui semblait que, dans la rue, des gens le regardaient, par curiosité pour les troubles qui l'affligeaient. En sortant de son travail, le soir, il n'osait rentrer seul chez lui. Il avait la phobie de l'obscurité : « Quand je sors de cette maison très éclairée, et que je vois le noir, ça m'opprime », disait-il à sa femme. Il était triste, taciturne, se sentait malade. « Quand je ne pourrai plus gagner ma vie, je me suiciderai », déclarait-il. Cependant se méfiant sans doute de lui-même, il fit décharger par un armurier les revolvers qu'il avait chez lui ; il ne voulait pas toucher lui-même ces armes, et maniait même les couteaux avec répugnance.

Il s'affectait de son impuissance, y pensait sans cesse. « Si j'avais su, je ne me serais pas marié ». Et s'accusait d'avoir fait une malheureuse. Il souffrait sans cesse. C'étaient des douleurs sourdes, lancinantes, avec des paroxysmes, sortes de crises brutales espacées de deux semaines au début, qui se rapprochèrent de plus en plus et finirent par devenir quotidiennes. Sous l'influence de la souffrance, son caractère se modifia. De très doux et tendre et s'occupant de son intérieur qu'il était, il devint violent et brutal. Il ne s'appartenait plus.

En même temps, il présente de la somnolence. Son sommeil est très lourd, il dort le jour, il dort la nuit, il s'endort à son travail. Si on le laisse seul, on le retrouve endormi.

Déjà, on pouvait noter un certain affaiblissement intellectuel. Dans son intérieur, malgré la défense de sa femme, il s'occupait à des besognes inutiles ou stupides ; entreprenait subitement de grands nettoyages qu'il ne menait pas à bien, ou des rangements désordonnés. Il démontait toutes les pendules et les remontait mal.

Devant ces symptômes alarmants, le malade qui avait parfaitement conscience de son état morbide, va consulter un médecin. Dès lors, il sera régulièrement traité.

De 1916 à 1919 il est traité au benzobismuth.

En 1919, le Professeur Nicolas lui fait faire quinze injections (?) qui déterminent l'apparition de plaques sombres sur le corps. On lui dit qu'il est rebelle au traitement, de se repo-

ser quelque temps, puis de revenir pour essayer un nouveau médicament. Lui se croit guéri : « Si je suis rebelle au traitement, c'est que je n'ai pas la syphilis ». Et il refuse de continuer à se soigner.

Le traitement qu'il a suivi l'a nettement amélioré. Et le malade vit en pleine quiétude jusqu'en 1927. A cette époque, tout change. Le malade est obligé de cesser son travail. Il n'est plus en état de continuer ses fonctions de comptable. Il a de gros troubles de la mémoire, sa capacité d'attention est très diminuée. Il ne pouvait se mettre au courant des nouvelles lois. Au bureau, il s'inquiétait de ce qui se passait chez lui : « J'ai ma mère très âgée ; si elle monte sur une chaise, elle va tomber, se casser une jambe, peut-être ! ». Chez lui, il ne parlait que de son travail. Il avait toujours froid, même pendant les chaleurs de l'été, il grelottait, avait les extrémités engourdis et glacées. Il dormait sans cesse pendant le jour. Pendant la nuit, il avait une totale insomnie et exigeait que sa femme restât éveillée. Alors, en proie à une vive excitation, il répétait : « Si j'avais su, je ne me serais pas marié, je ne pourrai plus gagner ma vie, il faudra que je me suicide ».

Dans la rue, s'il sortait, il devenait violent avec les étrangers, brandissant sa canne, se répandant en menaces. Et son comportement contrastait avec la timidité qu'il avait toujours manifestée jusque là. Lui qui ne s'était jamais occupé de politique, il se met à en vouloir à des personnalités de divers partis. Chez lui, il est très irritable, surtout avec sa mère.

Le docteur H... entreprend un traitement au bivatol, pendant lequel se déclanche une néphrite albuminurique. On redoute une crise d'urémie. Le traitement est interrompu. Mais bientôt l'état mental est suffisamment amélioré, puisqu'après être resté 14 mois sans travailler, le malade reprend sa situation de comptable. Il l'exerce 5 mois, au bout desquels survient un épisode aigu.

Brusquement, le 23 août 1929, chez lui, il est pris d'un accès de colère, saisit le poignet de sa femme. Ses yeux sont hagards, le teint est très rouge. Puis il s'apaise et revient à lui.

Le 24 août, il fait un ictus ; pendant quatre heures, il reste

rigide, dans l'impossibilité de faire un mouvement ou de prononcer une parole. Seuls, les yeux bougent.

A partir du 26 août, il présente des idées délirantes ; sa maison est envahie. La police va venir le chercher. Il devient incohérent, ne sait plus où il se trouve. Il ne reconnaît pas sa mère. Bientôt, il s'agite, veut sauter par la fenêtre, appelle au secours, manque d'étrangler sa femme.

C'est devant ces faits que l'on décide l'hospitalisation et qu'après un séjour de deux jours à l'Hôtel-Dieu, il est envoyé à l'Asile de Bron.

A l'entrée, on se trouve en présence d'un malade assez calme. Ce qui frappe chez lui, c'est la difficulté à s'exprimer. Il cherche à se faire comprendre, y parvient mal. Le malade, désorienté dans le temps et dans l'espace, se croit à la gare. Sa mémoire présente une amnésie lacunaire de ces derniers jours. Il ne se souvient pas d'avoir été à l'Hôtel-Dieu et déclare n'avoir vu aucun autre docteur que son médecin habituel. Il parle sans cesse de ce médecin qui l'a si bien soigné, et dont il a si intelligemment suivi le traitement. C'est grâce à lui qu'il a une si bonne santé.

Il évoque assez bien les souvenirs anciens.

L'examen neurologique montre des réflexes rotuliens vifs, des achilléens abolis. A l'œil droit, strabisme ancien (?). Les pupilles, très paresseuses, réagissent à peine à la lumière ; elles sont en myosis, déformées, inégales.

L'incoordination des mouvements est manifeste. La démarche est talonnante, mal assurée. Il y a des troubles de la statique, le Romberg est positif.

Pas de troubles de la parole.

Tremblement des mains et des doigts, de type banal.

La vue est mauvaise ; à cinquante centimètres, le malade distingue mal les objets.

Les douleurs sont si vives que le malade n'ose appuyer les pieds par terre.

Il a des céphalées continues, occipitales.

Le liquide céphalo-rachidien est clair. On y trouve 0.30 d'albumine. Cytologie : 9 lymphocytes par mm³ à la cellule de Nageotte, Le Bordet-Wassermann y est très positif.

Le début brusque de cet accès d'agitation, ses caractères confusionnels, l'absence de signes organiques habituels (ni dysarthrie, ni hyperalbuminose dans le liquide céphalo-rachidien, le tremblement banal de la langue) font hésiter à porter le diagnostic de paralysie générale.

Cependant on pratique, le 29 septembre 1929, l'impaludation du malade. Celui-ci fait 9 accès, puis il est mis à la quinine. A quelque temps de là, il reçoit 20 grammes 50 de stovarsol. C'est le traitement auquel nous soumettons tous nos paralytiques généraux.

Du 4 au 26 décembre 1929. — Série de 12 injections intramusculaires d'Oléo-Bi. — Deuxième traitement au stovarsol : 20 gr. 50.

15 février 1930. — 12 injections de cyanure de mercure.

29 avril 1930. — 12 injections de Quinby.

Le malade est revu en juin 1930. — Il présente un certain déficit intellectuel. La mémoire notamment est assez atteinte. Le malade fixe mal les faits récents. Mais la démence (faut-il parler de démence ?) est loin d'être globale, ni profonde. Le malade sait qu'il est intellectuellement diminué ; il s'en affecte : « Que ferai-je quand je sortirai d'ici ? ». Il a des idées de jalousie très prononcées : ne veut pas que sa femme parle aux infirmiers, ni aux malades ; lui donne des conseils, lui recommande de se bien conduire.

Ne présente ni troubles de la parole, ni troubles de l'écriture.

Le malade est revu le 1^{er} novembre 1930. — Il est actuellement traité au mulhanol.

Les pupilles sont en myosis, égales, non déformées, réagissent à peine à la lumière, et ne gardent pas la contraction.

Les réflexes sont très vifs aux membres supérieurs et inférieurs.

Pas d'hypotrophie musculaire. Pas d'hyperesthésie cutanée.

Le réflexe plantaire se fait en flexion.

Pas d'incoordination marquée.

Pas de troubles de la parole.

Pas de tremblement de la langue, ni des lèvres, ni des doigts.

Erections fréquentes depuis 7 ou 8 mois ; l'appétit sexuel est revenu.

La marche est plus assurée, encore talonnante.

La vision est améliorée (le malade est myope depuis l'enfance.)

Les céphalées n'existent plus.

Le sommeil est bon, l'appétit normal. Cependant pas d'augmentation de poids.

Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouve :

La réaction du benjoin est subpositive : 0111.2200.0000.000T
Celle de Targowla est négative.

Au point de vue mental, le malade n'est pas un dément ; on ne peut mettre en évidence un affaiblissement intellectuel notable. Pas de troubles de la mémoire, sauf en ce qui concerne l'accès d'agitation qu'il a présenté au moment de son internement. Non seulement il évoque avec précision tous ses souvenirs, mais la mémoire de fixation est normale. Il est capable de résumer fidèlement les articles de journaux qu'on lui lit. Son attention est soutenue, et il se tire bien des différentes épreuves auxquelles nous le soumettons ; il calcule bien ; il résout des problèmes assez difficiles, avec un raisonnement correct.

Le malade a parfaitement conscience de l'état dans lequel il était tombé ; il regrette de ne s'être pas soigné dès le début de sa maladie ; s'estime actuellement amélioré, et envisage ce qu'il fera lorsqu'on l'aura rendu à la vie normale. Il pense changer de situation, pour éviter les fatigues cérébrales du comptable, et prendra une occupation où il n'aura qu'une responsabilité restreinte.

Pas d'euphorie. Au contraire, son caractère demeure triste et préoccupé. Avec sa femme, il conserve quelques idées de jalousie. Il se montre parfois irritable. L'affectivité est bonne ; il s'intéresse à ce que fait sa femme au dehors. Cependant, il ne semble pas se rendre compte de sa situation pécuniaire. C'est ainsi que celle-ci, pour vivre, a sous-loué une partie de son appartement. Le malade en a ressenti un vif mécontentement ; il ne veut pas de tiers chez lui. Il n'accep-

tera pas un traitement inférieur à 700 francs. Il a beaucoup d'amour-propre, se préoccupe de conserver son rang. Il a toujours une tenue correcte. Pendant l'examen, ne trouve pas ses pieds assez propres et s'en excuse.

En résumé, depuis quelques mois, amélioration très importante qui peut être considérée comme un retour au niveau mental antérieur.

Nous éliminerons le diagnostic de paralysie générale, parce que l'affection ne s'est pas accompagnée des troubles organiques habituels ; parce que le malade, sauf pendant la période de confusion mentale aiguë, a gardé toujours son auto-critique ; parce que l'évolution de la maladie a commencé dès 1914, que le traitement spécifique usuel a suffi à deux reprises à l'enrayer ; parce que l'état confusionnel a débuté brusquement, précédé d'un ictus.

Nous portons le diagnostic de syndrome paralytique chez un tabétique ancien ; et nous rapprochons ce cas de notre Observation n° XII, pensant qu'il convient de le considérer comme un nouvel exemple de la méningo-encéphalite syphilitique aiguë au cours du tabes, que Claude a décrit en 1912.

OBSERVATION XVII (*Clinique et thérapeutique*)

(SENGÈS)

Syndrome paralytique et tabes

Il s'agit d'un homme de 41 ans, boulanger, entré à l'Asile le 4 février 1925 avec les renseignements suivants : « Se fait promener en automobile sans but déterminé. Délire des grandeurs ; enfin, la nuit dernière, il s'est livré à des scènes de violence, a frappé sa femme, brisé des meubles, brûlé des portes. »

L'examen clinique montre un état d'excitation modérée avec satisfaction, et des troubles intellectuels portant sur la mémoire, le calcul, etc...

Le malade déclare qu'il est né en 1921. La mobilité de l'humeur est extrême. Il est très difficile à fixer et à interroger, à cause de son instabilité motrice et psychique.

La parole est embarrassée, par moments.

Au point de vue physique, on constate de l'inégalité pupillaire : pupille droite plus grande que pupille gauche, avec abolition du réflexe lumineux direct et consensuel. Les réflexes patellaires sont abolis. Il n'y a pas de troubles de la marche.

Dans les antécédents du malade, trois ans de service militaire. Pas de syphilis avouée. N'a jamais été traité. Le malade passe pour être un buveur.

Il n'existe pas de tremblement de la langue ou des extrémités. Il n'y a pas d'onirisme nocturne. Le tableau clinique ne fait nullement penser à un accès d'éthylisme subaigu.

On fait le diagnostic provisoire d'excitation psychique avec satisfaction, troubles de la mémoire, abolition des réflexes lumineux et patellaires.

On pratique l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien. Le Wassermann est positif dans le sang. La ponction lombaire donne le résultat suivant : liquide clair ; albumine, 0,50 ; cytologie, 8 à 10 lymphocytes par champ. Wassermann positif : H. O.

Le tableau clinique persiste sans modifications sensibles durant plusieurs semaines. Le diagnostic de paralysie générale paraît le plus certain. Nous pensons pouvoir l'affirmer quinze jours après l'entrée.

Dès le 14 mars, ayant obtenu de la tryparsamide de la maison Poulenc, nous commençons le traitement selon la méthode indiquée dans la notice qui est jointe à l'envoi : injection de 0,6 de salicylate de mercure alternant avec des injections intra-veineuses de tryparsamide.

Le malade reçoit les deux premières injections de 1 gr. et de 2 gr. sans aucun incident. À ce moment, l'agitation du début a bien diminuée.

Nous pratiquons la troisième injection à la dose de 3 gr., ayant d'abord voulu tâter notre malade, car c'est notre première expérience de la tryparsamide.

Pas d'incident au cours de l'injection. Dans la journée, le malade est fatigué et se couche, mais le fait ne nous est pas signalé. Le lendemain matin, on nous prévient que le nommé P... est malade. Il est comme hébété, tout à fait égaré, mais il

n'a pas voulu rester au lit. Nous le trouvons allongé sur un banc.

Il se lève brusquement à notre approche, et il se produit alors une crise d'excitation violente avec vociférations, course assez rapide dans la cour, à la manière de certains épileptiques. Il paraît tout à fait inconscient. Le visage est pâle, presque syncopal ; la parole inintelligible ; il fonce devant lui brutalement. Nous craignons un accident grave, ictus ou syncope. On ne peut approcher le malade dont la force musculaire est très grande et dont l'insconscience constitue un danger. On se borne à l'éviter et à attendre la fin de la crise. Dans la journée, il se calme, mais l'obnubilation persiste ainsi que la pâleur terreuse du visage. Le lendemain, il est plus calme, l'hébétude est moins considérable. Devant ce phénomène, le traitement par la tryparsamide est suspendu. Peu à peu, le malade sort de cet état. La confusion se dissipe. Il reste calme. Le teint devient meilleur.

Quelques semaines après, ayant décidé de ne pas recommencer le traitement par la tryparsamide, le malade reçoit des injections de novarsenobenzol à faibles doses, tous les quatre ou cinq jours. Le traitement est très bien supporté et est continué pendant plusieurs semaines.

Après la poussée d'agitation confusionnelle que nous avons décrite, le phénomène le plus troublant qui persiste est l'existence d'un certain embarras très intermittent de la parole spontanée. Il n'existe plus d'affaiblissement intellectuel.

Au mois de juin, sortie d'essai.

Nous voyons le malade peu après. L'amélioration persiste. Puis les visites de l'ancien malade s'espacent, mais nous avons pu avoir des nouvelles de temps en temps. Pendant deux ans six mois, il s'emploie comme manœuvre dans une biscuiterie et travaille neuf heures par jour. Il est très éveillé, très spontané et très naturel. Les propos sont sobres et sensés.

Puis, il quitte l'usine pour travailler dans la boulangerie. Sa femme et lui sont très contents. Mais P., n'a plus continué à se soigner.

Tout dernièrement, il se fracture la cuisse droite. Nous l'avons revu à l'hôpital. Il nous a semblé normal au point de

vue mental, et il a fait sur son état des réflexions sensées et qui témoignent de la conservation des facultés d'auto-critique.

P... est incontestablement un tabétique. Il y a chez lui de l'abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Le signe d'Argyll et la fracture qui vient de se produire après une chute insignifiante sur le lit est bien la signature du tabes. Mais les troubles mentaux ne se sont plus reproduits depuis sa sortie de l'asile en juin 1925, c'est-à-dire depuis près de trois ans, et il s'est toujours comporté comme un sujet normal. Il travaillait neuf heures et gagnait parfaitement sa vie.

A la suite de la publication de cette observation à la Société Clinique de Médecine mentale, M. Guiraud émet les conclusions suivantes : « Dans les cas de ce genre, on pourrait dire : syphilis encéphalique, au lieu de faire le diagnostic de paralysie générale lorsqu'on traite activement, dès l'apparition des symptômes, des malades qui ont présenté brusquement de la dysarthrie et des idées de grandeur, on obtient très souvent la disparition des troubles constatés. Sur seize malades qui appartiennent à cette catégorie, j'en ai vu huit quitter l'asile. Des résultats semblables paraissent très encourageants. Mais si l'on suit les malades pendant quelques années, on devient moins optimiste : on constate des récives, et cinq, six, sept ans après le début de la maladie, on voit l'état démentiel s'installer progressivement. Il est nécessaire de traiter activement les cas de ce genre, mais on ne peut porter un pronostic certain à leur sujet. »

OBSERVATION XVIII (*Clinique et thérapeutique*)

(Professeur GOUGEROT)

[M^{me} H. A., 42 ans (Observation 218, de Saint-Antoine) est examinée par le Professeur Gougerot en février 1922. Syphilis en 1910, traitée par la liqueur de Van Swieten. Tabes reconnu en 1921, et traité à Saint-Louis par trois séries de Novar.

Elle présente des douleurs fulgurantes ; signe d'Argyll-Robertson ; abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Depuis quelques mois, se sont développés des troubles mentaux

qui font suspecter la paralysie générale : diminution de la mémoire, tendance mélancolique, idées de persécution, hallucinations. Wassermann positif.

En septembre 1922, au début d'une série de Novar, repaissent des douleurs fulgurantes. On prescrit des injections de Quinby. En avril 1923, les troubles psychiques s'accroissent : diminution globale de la mémoire et de l'intelligence, dysarthrie, tremblement de la langue, état démentiel qui se développe de mois en mois.

Cependant, le Wassermann tendait à devenir négatif. En août, Bordet-Wassermann, H. 8 ; Desmoulières, H. 6 ; Hecht, H. 6. La malade, malgré les recommandations médicales, cesse tout traitement jusqu'en octobre. On lui fait alors une série de Novar, suivie d'une série de Quinby.

En mai 1924, l'amélioration est considérable, les troubles de la parole ont disparu, les hallucinations n'existent plus que par intervalles. Le traitement est continué par l'éparseno et le curaluène.

En mai 1925, l'état général est excellent, aucun trouble de la parole, plus d'hallucinations, la mémoire est bonne. Il reste seulement une certaine tendance mélancolique, avec quelques idées de persécution, mais fort atténuées.

En octobre 1924, la ponction lombaire a été pratiquée à quatre reprises dans un service hospitalier de Paris, tant ses résultats étaient en désaccord avec le diagnostic de paralysie générale jadis porté ; les quatre ponctions donnèrent des résultats concordants : liquide clair, non hypertendu, moins de un lymphocyte par milli-cube à la cellule de Nageotte. Wassermann et benjoin négatif, 0,25 ou 0,30 d'albumine.

OBSERVATION XIX (*Clinique et thérapeutique*)

(*Professeur GOUGEROT*)

Syndrome paralytique et tabes

Observation 37-30 du dispensaire Frascator, Hôpital Broca. — M^{me} B..., 37 ans, est traitée à Broca depuis 1919. Contamination de la syphilis ignorée ; des accidents nerveux chez

son frère, mort paralysé à 25 ans, peuvent faire suspecter une syphilis héréditaire. Le tabes a été diagnostiqué en 1911, alors qu'elle consultait pour des douleurs lombaires, mais n'a été l'objet d'aucun traitement.

En 1917, sa démarche se modifiait, elle talonnait, projetait les jambes surtout la gauche ; on entreprenait un traitement mercuriel, irrégulièrement suivi. Depuis 1919, elle a été traitée à Broca, huit séries de Novar jusqu'en 1923, puis huit séries de Bismuth et une de Novar jusqu'en 1925.

Noire malade a un tabes évident ; elle talonne, le signe de Romberg est positif, les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis. Le signe d'Argyl est au complet. La sensibilité profonde est diminuée sans toutefois qu'elle ait totalement perdu le sens stéréognostique. Les cubitaux sont anesthésiés. Pas de troubles urinaires, le mari signale une frigidité génitale absolue. Les douleurs fulgurantes, les douleurs en ceinture, surviennent, depuis 1917, mais seulement dans l'intervalle des séries d'injections.

Les troubles intellectuels apparaissent sous un jour particulier : au premier abord, on a l'impression d'une paralysie générale précoce. L'allure incoordonnée, l'approbativité, l'émotivité, le peu d'expression du facies suggèrent d'emblée ce diagnostic. L'interrogatoire révèle une dysarthrie légère, qu'il faut mettre en valeur avec les mots d'épreuve ; perte de la mémoire des faits historiques récents les plus connus ; impossibilité de se livrer à un calcul élémentaire. Les raisonnements sont puérils. Lorsqu'elle est émue ou fatiguée, le tremblement de la langue et des joues vient appuyer cette impression.

Son mari est un homme intelligent qui l'a beaucoup étudiée et qui la connaît depuis 1914. Quand ils se sont mariés en 1920, elle était, dit-il, telle qu'elle est aujourd'hui. Ses réponses étaient extravagantes, ses raisonnements puérils étonnaient ses interlocuteurs à ce point qu'il évitait de la présenter à ses amis. Néanmoins, elle pouvait et peut encore vaquer aux travaux du ménage, tenir ses comptes, placer son argent et suivre le cours de ses valeurs. Il affirme et nous avons pu contrôler que les troubles psychiques sont assez atténués quand elle n'est ni émue, ni fatiguée, que sa mémoire est

normale pour tout ce qui concerne ses occupations courantes, qu'elle calcule bien par écrit. Sa dysarthrie est intermittente. En particulier, elle n'avait été constatée à Broca qu'une fois, en janvier 1923, et avait disparu ensuite.

Il s'agit donc d'un syndrome paralytique, apparu insidieusement en 1920, plus ou moins masqué par un certain automatisme psychique, et qui paraît fixé depuis cette époque, syndrome d'ailleurs fort atténué.

La ponction lombaire confirme cette conception : 2,2 lymphocytes par milli-cube. — 0,22 d'albumine au Sicard et Cantaloube, 0,50 au Ravaut. — Wassermann et Benjoin positifs.



CHAPITRE III

Considérations anatomo-histologiques sémeiologie et évolution clinique Pronostic du syndrome paralytique au cours du tabes

Considérations anatomo-pathologiques

Dans ce travail avant tout clinique, il n'est pas dans notre intention de discuter longuement le substratum anatomique du syndrome paralytique au cours du tabes. Le petit nombre d'observations complètes avec examens histo-pathologiques détaillés rendrait d'ailleurs ce travail difficile. De plus, nous ne croyons pas que, dans la plupart des cas, on puisse retrouver des lésions d'un type spécial défini. Le syndrome paralytique n'est pas une entité morbide ; nous le considérons comme l'expression clinique de lésions anatomiques diverses et variées, et ce n'est pas parce qu'il coexiste avec un tabes que nous serions tenté d'en

faire une maladie à part, méritant une place distincte dans la classification psychiatrique. Comme Parant l'a indiqué dans sa thèse, à sa base on peut trouver des lésions de syphilis cérébrale localisée, et des lésions de syphilis cérébrale plus ou moins diffuse (Artérite scléro-gommeuse diffuse décrite par Delmas ; endartérite des petits vaisseaux, avec foyers miliaires, périvasculaires, étudiée par Lhermitte).

Cependant il nous semble intéressant de faire ressortir l'opposition entre les lésions constatées par les auteurs et celles décrites classiquement dans la maladie de Bayle. Ces considérations nous seront ultérieurement utiles dans l'étude clinique et le pronostic que ce syndrome comporte.

Nous reportant aux traités classiques, notamment à l'article du Professeur J. Lépine, dans le traité de Roger, Widal et Teissier, nous voyons que le processus anatomique de la paralysie générale est un processus diffus, à la fois interstitiel et parenchymateux, inflammatoire et dégénératif. Bériel a insisté également sur cette dualité lésionnelle : le processus inflammatoire, marque de la méningo-encéphalite histologiquement curable d'une part, le processus dégénératif, inéluctable dans son évolution progressive, d'autre part.

Il est d'ailleurs bien entendu que ces caractères histopathologiques ne sont pas spécifiques de la paralysie générale, puisque, leur localisation mise à part, l'une pour le cortex, l'autre pour les noyaux gris centraux, nous retrouvons la même double modalité évolutive dans la paralysie générale et dans la maladie

de Parkinson post-encéphalitique par exemple. Sans vouloir contester la nature de la maladie de Bayle, dont la clinique nous donne chaque jour des preuves, et que la constatation du tréponème dans les lésions cérébrales a rendue indubitable, nous nous rangeons à l'avis du Professeur Lépine : la paralysie générale est de la syphilis plus quelque chose. « Ce quelque chose est un facteur essentiellement lié au terrain... Ces facteurs dépendant du terrain sont variables. Mais les plus nocifs sont ceux qui, sans syphilis, eussent été pernicioeux pour le cerveau et surtout pour la nutrition cérébrale : manque de sommeil, surmenage mental, les ébranlements traumatiques, les atteintes polytoxiques. » Ce sont d'ailleurs les mêmes facteurs qui seraient susceptibles dans la Maladie de Parkinson, d'entraîner le caractère inexorable du processus dégénératif abiotrophique pour employer le terme de Foix et Nicolesco.

Dans les comptes rendus histo-pathologiques que nous avons réunis, on ne trouve pas cette extension diffuse du processus. Les lésions sont toujours localisées en certains points du parenchyme

On ne trouve pas non plus ce caractère dégénératif du plexus ou de fibres nerveuses superficielles ou des cellules de la substance grise corticale. Si ces éléments présentent parfois des altérations, celles-ci sont en foyers plus ou moins étendus, mais ne présentent jamais la diffusion du processus dégénératif de la paralysie générale.

C'est là, surtout, par l'absence de ce processus dégénératif diffus que le substratum anatomique du

syndrome paralytique au cours du tabes, se différencie de celui de la paralysie générale.

De plus, dans les observations précédentes, les auteurs n'ont jamais rencontré la diffusion du processus inflammatoire, soit méningé, soit périvasculaire. S'il y a des altérations méningées, elles sont localisées à certaines régions, s'il y a des manchons cellulaires périvasculaires, ils ne sont pas généralisés, mais limités à quelques vaisseaux, à des territoires plus ou moins étendus.

La constatation par certains auteurs (Obs. N° XII) de foyers de ramollissements hémorragiques plus ou moins anciens est susceptible d'expliquer les déficits organiques (ictus, hémiplegie, aphasie) de ces malades, qui sont certes beaucoup plus fréquents ici que dans la paralysie générale, où ils peuvent cependant se produire du fait de l'atteinte cardio-vasculaire du sujet par le tréponème.

Mais à relire les comptes rendus histopathologiques notamment, celui donné par Claude, nous trouvons des lésions non rencontrées dans la paralysie générale. Claude a trouvé dans la corticalité cérébrale un nodule scléro-gommeux nettement isolé, bien caractérisé. Dans la paralysie générale, il n'y a point de ces lésions caractéristiques de la syphilis tertiaire, ou bien on les rencontre, comme l'ont établi certaines constatations récentes, après la malariathérapie qui a modifié le processus évolutif.

Les rares constatations histo-pathologiques au niveau de l'encéphale de malades ayant présenté un syndrome paralytique au cours d'un tabes, nous per-

mettent donc de voir en quoi le substratum anatomique, dans ces cas, se différencie de celui de la paralysie générale. On peut affirmer qu'à deux tableaux cliniques dissemblables, correspondent deux processus lésionnels différents. Il s'agit pour ce qui nous concerne, de lésions de syphilis cérébrale plus ou moins localisées, et jamais de désordres histopathologiques ayant la diffusion, le caractère dégénératif du processus inexorable que, peut-être à cause du terrain, le tréponème conditionne chez les paralytiques généraux.

Ces considérations sommaires vont nous permettre maintenant de comprendre, sinon l'opposition, tout au moins la différence qu'on relève dans l'évolution clinique de ces deux catégories de malades.

Semeiologie et description clinique

Le syndrome paralytique au cours du tabes est caractérisé par trois ordre de symptômes.

Les uns se rapportent à l'atteinte médullaire ; ils sont, par définition, constants.

Les autres sont d'ordre paralytique, c'est-à-dire qu'ils se rapprochent plus ou moins de ceux qu'on observe dans la paralysie générale. Ils sont, aussi, constants et nécessaires.

Les derniers, enfin, traduisent les lésions sur l'encéphale de la syphilis localisée. Ils sont d'une importance extrême pour le diagnostic, qu'ils facilitent grandement. Mais ils peuvent être réduits au minimum ou

même être absents, quand il ne s'agit que de syphilis cérébrale diffuse. Le type clinique se trouve alors ramené à une association d'un tabes, et d'un syndrome paralytique. L'examen neurologique ne fournit pas ici de données susceptibles de faciliter le diagnostic différentiel : force est de s'en tenir à l'examen psychiatrique, et de s'adresser au psycho-diagnostic tel que l'a établi Dupré.

On conçoit qu'une telle intrication de symptômes aussi divers, suivant que telle catégoriè prédomine sur les deux autres, donne à l'expression clinique du syndrome, une allure extrêmement mobile et changeante, et que les formes, variées à l'infini, échappent à toute classification. Nous étudierons d'abord les éléments constitutifs du syndrome ; après quoi, nous essaierons de distinguer, pour mettre un peu d'ordre et faciliter la description, deux formes relativement différentes.

1^o *Tabes, notion de spécificité nerveuse.*

Dans les antécédents, la notion d'une syphilis ancienne existe fréquemment : la plupart des malades connaissent leur maladie. Si, au début, les manifestations primaires et secondaires avaient passé inaperçues, les symptômes propres au tabes se sont d'ordinaire chargés d'attirer l'attention et du malade, et de son entourage, et par suite du médecin. Parfois, cependant, on est amené à découvrir en même temps un tabes frustre resté latent, et les complications cérébrales qui l'accompagnent,

Donc, d'ordinaire, il s'agit d'un tabétique qui connaît son affection, ou dont le diagnostic est évident. On reconstitue chez lui un passé de souffrances : douleurs lancinantes, térébrantes, fulgurantes, dans les genoux, dans tous les membres, à l'estomac. Le malade se présente comme un ataxique : incoordination motrice, troubles de la statique et de la démarche. Souvent chez lui, on trouve des troubles sensoriels variés atteignant les divers organes, et en particulier, la vue.

L'examen révèle l'abolition des réflexes rotuliens et des réflexes achilléens ; le signe de Romberg existe.

La spécificité nerveuse — et rien de plus — est prouvée par les troubles pupillaires dont la triade constitue le signe d'Argyll-Robertson ; par le liquide céphalo-rachidien qui, clair et incolore, montre de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose ; et où la réaction de Bordet-Wassermann est positive.

Le Bordet-Wassermann dans le sang est variable.

2° *Symptômes d'ordre paralytique.*

Dans le cours de ce tabes, sont apparus des troubles mentaux et des signes organiques. Le début a pu en être brusque, atteignant un malade en plein équilibre mental, ou bien au contraire la maladie, procédant insidieusement, a longtemps échappé au malade et à son entourage, jusqu'au jour où l'affaiblissement intellectuel s'est révélé par des manifestations patentes, avérées.

Il s'en faut que les troubles mentaux soient tou-

jours superposables à ceux de la paralysie générale. Souvent, et plus particulièrement lorsque le début a été brutal, on observe des états faits d'agitation et de confusion. L'allure de l'accès se rapproche de celle qu'on observe au cours des délires aigus. Ici, comme là, la mort peut être une terminaison fréquente. Le malade est fébrile ; l'état général est gravement touché. Le tube digestif présente un état saburral intense avec langue rôtie, lèvres fuligineuses. L'agitation est extrême et complètement incohérente.

D'autres fois, c'est la confusion avec hébétude qui domine le tableau clinique. Le malade se montre prostré, réagit avec difficulté aux incitations qui lui parviennent du monde extérieur. Il reste dans son lit, inerte, et si on l'interroge, il témoigne par ses réponses lentes qui n'arrivent pas à percer la brume qui l'enveloppe, d'une grande paresse de l'idéation.

Parfois, le tableau est celui d'un état confuso-démentiel, dont la symptomatologie rappelle d'une façon indubitable celle de la paralysie générale. Incohérence des propos et des actes, idées délirantes souvent mégalomaniques. Le fond mental est très difficile à évaluer, et souvent, lorsque les symptômes confusionnels se sont peu à peu dissipés, on est surpris de se retrouver en face d'une intelligence normale.

Lorsque le début a été progressif et insidieux, les difficultés sont plus grandes encore. L'affaiblissement intellectuel s'est graduellement accentué. On constate un déficit mental important.

C'est ici qu'une analyse minutieuse doit être pratiquée. Les modifications de l'humeur qu'on observe

se font dans le sens de la dépression. Le tabes imprime sa marque douloureuse à la démence. On ne se trouve pas en présence de « ces fous heureux que sont les paralytiques généraux », mais devant des malades inquiets, sombres, déprimés. Leur masque est souvent mélancolique. Leur comportement est sobre, et distant. Ils délirent rarement ; en tous cas, ils n'expriment pas volontiers leur délire, et il faut le provoquer, pour le mettre en évidence.

S'ils délirent, ils peuvent présenter des idées mégalomanes tout comme les paralytiques généraux. Mais ces idées ne sont pas absurdes et niaises comme il arrive chez ceux-ci ; elles ne contredisent pas l'ensemble du délire qui reste cohérent, mais s'y intègrent, peut-on dire, logiquement. De plus, cette mégalomanie est essentiellement transitoire et fugace ; le lendemain ou les jours suivants, le malade se montre aussi sombre et taciturne et misérable qu'auparavant.

Le fond mental se révèle moins profondément atteint que dans les diminutions intellectuelles ordinairement constatées chez les paralytiques généraux. Il s'agit de nuances psychologiques, mais qu'un observateur sagace ne peut manquer de constater.

La mémoire est, certes, profondément et souvent précocement altérée. Le malade est désorienté dans le temps et dans le lieu. Il ne se souvient pas des dates qui ont marqué les grands événements de sa vie et de l'histoire de son pays. Il est incapable de donner aucune précision sur sa vie antérieure. Parfois l'amnésie ne porte que sur les souvenirs récents, et permet de fixer approximativement le début de l'affai-

blissement mental. Le plus souvent, le malade a conscience du déficit de sa mémoire ; il n'essaie pas de le masquer par des affirmations fantaisistes. Il préfère avouer son impuissance, après s'être livré à de longs efforts.

Le malade a conscience de son état. Il se sait malade, et ne demande qu'à être soigné. Il agit comme tel, ne se livre à aucune extravagance. En général on a affaire à des gens calmes et soumis. Ils conservent leur auto-critique ; chez eux les notions éthiques n'ont pas totalement sombré ; ils ne vivent pas par delà le bien et le mal. Ils ont souci de leur dignité morale, et de leur tenue physique ; tel manifestera la crainte, à un examen médical, de n'avoir pas les pieds assez propres. Nous avons vu que le jugement pouvait admettre des thèmes délirants ; mais s'il est faussé sur certains points, il reste normal sur d'autres, et l'on sera parfois étonné par le bon sens que manifestera un malade qu'on avait pris pour un dément.

L'affectivité est moins émoussée que chez le paralytique. Certes notre malade s'occupe surtout de lui ; il trouve en lui-même assez de raisons d'être soucieux, pour mettre au premier plan ses préoccupations personnelles. Mais il reste sensible aux égards, aux preuves d'affection que lui donne sa famille. Il reçoit les visites avec plaisir, et se montre, sinon très sociable, du moins accueillant. Il y a loin de ce comportement, un peu égoïste peut-être, à l'indifférence grossière du paralytique général, qui ne songe qu'à boire, manger, dormir, et se moque du reste.

Enfin, et c'est ici une différence essentielle, le ma-

lade reste susceptible d'acquisitions nouvelles. Il peut présenter une initiative réduite. On peut le réadapter à des conditions de vie différentes de celles dont il avait, jusque-là, subi l'influence. Il est capable d'une activité restreinte. Socialement, ce n'est pas un déchet ; il peut être utilisé.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de diagnostic qui subsistent après cette analyse comparative. Nous n'isolons aucun critère qui soit capable d'aiguiller le clinicien. C'est affaire surtout de tact et de finesse : On s'appuiera moins sur un symptôme que sur l'ensemble du tableau. Parfois, les choses se compliquent encore, par l'adjonction de troubles moteurs, tels que les troubles de la parole, le tremblement des mains et de la langue.

Les troubles de la parole ne sont pas identiques à ceux que présentent les paralytiques généraux. Ce n'est pas la parole traînante, scandée de la sclérose en plaques ; ce n'est pas la parole hésitante avec suppression d'une ou de plusieurs syllabes, redoublement d'une ou de plusieurs syllabes, interversion de syllabes, telle que l'a définie Rogues de Fursac, et qui est éminemment caractéristique.

De même, le tremblement de la langue est banal. Ce n'est pas cette trémulence assidue, vermiculaire, qui a fait comparer l'organe à un sac rempli d'asticots ; ce ne sont pas ces mouvements de retrait et de projection, dits de trombone. La langue ne semble pas tanguer comme, sur une mer agitée, un navire.

3° *Symptômes de localisation dus à une syphilis cérébrale.*

Ils sont uniquement neurologiques ; jamais les troubles mentaux par leur nature n'ont pu révéler la topographie de la lésion. Fréquents dans les formes circonscrites de la syphilis cérébrale, ils font ordinairement défaut dans les formes disséminées et surtout diffuses.

On peut observer des monoplégies, de l'hémichorée, de l'aphasie, de la diplopie, de la surdité. Les ictus sont particulièrement fréquents et marquent souvent le début d'une période délirante. On rencontre des paralysies oculaires, du strabisme, des crises jacksonniennes, etc.. Tous ces signes ont, d'après Fournier, pour caractère d'être résistants et tenaces. On voit bien des ictus ou des paralysies dans la paralysie générale, mais ces accidents s'y montrent transitoires et fugaces.

La céphalée, exceptionnelle dans la paralysie générale, prend ici une importance considérable. Elle est persistante, fixe, intense, à exacerbation nocturne, et rebelle à toute médication analgésique. Elle cède, en revanche, remarquablement, au traitement antisypilitique.

Evolution - Formes évolutives - Pronostic

L'évolution du syndrome paralytique le différencie de la paralysie générale plus nettement que le tableau clinique.

La paralysie générale est graduellement progressive. Non traitée, elle évolue de deux à cinq ans, (mis à part quelques cas très rares de paralysie générale prolongée) et se termine par la mort. Si sa marche peut être coupée d'intermissions, celles-ci ne sont jamais que partielles, et l'on n'observe pas une restitutio ad integrum parfaite ; le malade ne retrouve pas son niveau mental antérieur. Il reste intellectuellement diminué, moralement et socialement inférieur à la valeur individuelle qu'il représentait avant sa maladie.

Au contraire, le syndrome paralytique ne comporte pas une évolution implacable. Sa marche est capricieuse, irrégulière ; il procède par poussées entre lesquelles l'intégrité mentale peut être parfaite.

Il débute souvent par un épisode aigu, peut présenter une terminaison non moins brusque, comme dans notre Observation XI où le malade fut du jour au lendemain débarrassé de symptômes confusionnels qui faisaient redouter une évolution démentielle. D'habitude, le malade récupère lentement sa capacité mentale, le délire cesse, l'affaiblissement intellectuel qu'on avait pris pour de la démence, et qui n'était que de la confusion (la démence ne comporte-t-elle pas un pronostic d'incurabilité ?) s'atténue peu à peu.

Les fonctions intellectuelles se remettent à jouer harmonieusement. Et bientôt le malade se trouve en état de reprendre ses occupations antérieures.

La même résolution, inespérée et quasi miraculeuse, pourra terminer plusieurs poussées successives. Mais celles-ci, à mesure qu'elles se répèteront, se montreront d'une sévérité de plus en plus alarmante. Les phénomènes confusionnels deviendront plus marqués, s'effaceront plus lentement, et bientôt, l'obnubilation, en se dissipant, laissera constater un état déficitaire permanent, que les poussées ultérieures ne feront qu'accentuer. La démence sera constituée, et notre malade ressemblera, aux nuances près que nous avons signalées, à un paralytique général. Souvent, il aura encore de longs jours à vivre ; il restera dans cet état dix ans, dément, mais non pas gâteux, non pas cachectique.

D'autres fois, ce syndrome pseudo-paralytique versera dans la paralysie générale vraie, et l'évolution de la maladie, dès lors, ne se distinguera plus de celle de la maladie de Bayle.

D'après cette évolution, on conçoit que le tableau clinique est très différent suivant que l'on se trouve en présence d'une poussée transitoire, ou devant un affaiblissement acquis irréductible. Et l'on peut distinguer une forme aiguë, et une forme chronique ; mais en n'oubliant pas qu'à un moment donné de l'évolution, cette forme aiguë est capable de faire place à la forme chronique, qu'il ne faut voir dans cette distinction que deux moments de l'évolution d'un seul et même syndrome.

La forme aiguë s'accompagne d'une altération importante de l'état général. Les symptômes organiques sont au maximum. Elle se confond avec un état infectieux ou toxique. Les lèvres sont fuligineuses, la langue rôtie, l'haleine mauvaise, la constipation est habituelle. La fièvre peut être élevée. Le malade présente de l'agitation et du délire. Les symptômes mentaux sont d'ordre confusionnel. Le malade sombre parfois dans le coma ; la mort survient à bref délai.

Le plus souvent, après quelques jours d'inquiétude, les signes physiques s'apaisent, l'état général s'améliore. L'on constate un déficit intellectuel, qu'il s'agit d'interpréter.

Dans les cas moins marqués, l'état organique moins profondément atteint permet un examen plus approfondi de l'état mental. C'est ici qu'on risque de porter à tort le diagnostic de paralysie générale.

Cette forme est en somme l'équivalent de la méningo-encéphalite aiguë des tabétiques, qu'a décrit Claude, dont on trouvera un exemple dans notre Observation. XII.

La forme chronique peut succéder à la forme aiguë. C'est, nous l'avons vu, une évolution fréquente. Mais il existe une forme chronique d'emblée, à début lentement graduel, où les intervalles lucides sont assez peu marqués, pour qu'on parle d'une marche progressive. Nous avons étudié déjà les caractères que présente alors la démence et la lenteur de l'évolution ; il n'est pas nécessaire d'y revenir ici.

Le pronostic du syndrome paralytique est moins

sombre que celui que comporte la paralysie générale. La longueur de l'évolution qui peut se faire sur une durée de dix à vingt ans ; le retour à une capacité mentale suffisante entre les poussées ; le caractère moins global, moins prononcé de la démence terminale permettent d'atténuer les rigueurs du verdict.

Mais surtout, un élément favorable du pronostic est fourni par l'efficacité du traitement. De nombreux auteurs ont signalé les succès qu'ils avaient obtenus dans le syndrome paralytique, par la médication anti-syphilitique. Si l'on traite ces malades au moment où la syphilis cérébrale est évolutive, avant qu'elle n'ait réalisé des destructions irrémédiables, on observe parfois des guérisons surprenantes.

C'est pourquoi ce syndrome paralytique mérite d'être nettement différencié de la paralysie générale. Il y a à cela un intérêt considérable et pour le malade, trop souvent condamné à la déchéance irrémédiable, et pour le médecin qui évite de porter un pronostic que les suites de la maladie contredira, et qui peut trouver, dans l'arsenal anti-spécifique, l'occasion d'un beau succès.

CHAPITRE IV

Le diagnostic différentiel

Quatre éléments de diagnostic méritent de retenir l'attention :

Le syndrome humoral,
Les signes organiques,
Le psycho-diagnostic,
Le traitement d'épreuve.

1° Le syndrome humoral

Il est actuellement bien connu dans la paralysie générale, où quand il est au complet, il se compose des éléments suivants :

- a) Dans le sang : le B. W. n'est pas toujours positif.
- b) Dans le liquide céphalo-rachidien :
 - hyperalbuminose constante,
 - Lymphocytose constante,
 - Le B. W. toujours positif.

En réalité, ce syndrome n'apporte aucune aide au diagnostic. C'est tout au plus une preuve de neuro-

syphilis qu'il peut nous fournir. On le rencontre dans le tabes, dans la syphilis cérébrale, dans la paralysie générale, avec toujours les mêmes caractères. Lhermitte, Haguenau, Parant, pensent que pour porter le diagnostic de paralysie générale, le syndrome doit être au complet ; que, non complet, il doit faire penser plutôt à la syphilis cérébrale ou au tabes. De même les réactions seraient plus accusées au cours de la paralysie générale que dans les autres syphilis nerveuses.

On peut pratiquer avec le liquide céphalo-rachidien la réaction de Lange à l'or colloïdal. Cette réaction fournit une courbe particulière pour la paralysie générale et pour la syphilis cérébrale. C'est ainsi que dans notre Observation IX, la courbe, bien qu'atypique et curieuse du fait de l'association tabes-syphilis cérébrale, était bien différente d'une courbe paralytique.

D'après J. Kyrle, R. Brandt, et F. Mras, cités par Guillaïn, Laroche et P. Lechelle, dans le tabes, cette réaction est habituellement moyennement positive. Il n'y a pas la forte précipitation que l'on observe dans la paralysie générale ; mais on note le maximum de précipitation caractéristique de la syphilis entre les dilutions 1/40 et 1/80, et décoloration jusqu'au bleu-blanc. D'autre part, dans la syphilis cérébro-spinale, on a décrit des réactions à l'or colloïdal intermédiaires entre celles du tabes et de la paralysie générale : la courbe se rapproche de celle du tabes, puis après une demi-heure devient une courbe paralytique. L. Jaeger, M. Goldstein, H. Eike, K. Escuchen sont

d'avis que pour faire le diagnostic de la syphilis cérébro-spinale avec la paralysie générale, il y a lieu de tenir compte de cette lenteur d'apparition de la courbe paralytique.

La réaction du benjoin colloïdal peut aussi être d'un précieux secours car il vaut mieux ne pas se borner à une seule réaction, mais en établir plusieurs et les contrôler l'une par l'autre. Cette réaction au benjoin colloïdal est très accentuée en cas de paralysie générale : 1 à 5, 6, 8, 9, 10 (parfois même 12, 13). Dans les tabes fixés (comme c'est habituellement le cas) le type de la réaction est sub-positif : 1 à 3, 4. Dans les tabes très anciens, ayant cessé d'évoluer, la réaction peut être négative.

Dans la syphilis cérébro-spinale, il faut distinguer les formes évolutives aiguës ou subaiguës pour lesquelles la réaction se montre positive, et les formes anciennes sans processus évolutif où elle se montre parfois subpositive, le plus souvent négative. C'est ainsi que chez un de nos malades (Obs. XVI), fixé par un traitement énergique la réaction s'est montrée à peine subpositive.

En tenant compte de ces diverses constatations, on interprétera les résultats obtenus. Le syndrome humoral et toutes les réactions qu'on peut lui adjoindre ne nous donnent pas de certitude, mais les présomptions qu'on en peut tirer ne sont pas sans valeur, et il convient d'en tenir compte au moment de discuter le diagnostic.

2° Les signes neurologiques

Il faut attacher une importance considérable à *la Céphalée*. Exceptionnelle dans la paralysie générale, elle est presque constante dans la syphilis cérébrale. Elle se présente avec les caractères suivants : sensation de casque, de lourdeur, d'engourdissement, de tête vide ; elle ne répond à aucun territoire anatomique, cède par le sommeil et ne réveille jamais le malade. Rebelle aux analgésiques habituels, le traitement spécifique a sur elle une action très efficace.

Viennent ensuite les troubles moteurs. Parmi ceux-ci, il en est qui ne traduisent que l'atteinte du système nerveux par la syphilis, et auxquels on ne peut donc attacher de valeur. Ce sont *les signes oculaires* : la triade d'Argyll-Robertson, les paralysies de la musculature externe de l'œil (Strabisme, ptosis, oculoplégie totale). Cependant ces paralysies se montrent plus durables dans la syphilis cérébrale que dans la paralysie générale, de même que les ictus apoplectiques, l'aphasie, les monoplégies.

Les troubles sphinctériens ne se montrent que dans la période terminale de la maladie. Ils sont plus fréquents dans la paralysie générale mais leur constatation n'apporte qu'une contribution tardive au diagnostic différentiel. De plus, il ne faut pas oublier que le tabes s'accompagne souvent de ces troubles.

Le tremblement. Le tremblement digital n'a pas une grande valeur. Il se voit dans la paralysie générale,

mais on le rencontre aussi chez les alcooliques. Il contribue souvent à égarer le diagnostic. Une erreur à éviter, c'est d'attribuer à une paralysie générale, un syndrome paralytique chez un tabétique buveur, comme cela se rencontre fréquemment dans la pratique (Obs. X). Il faut aussi se méfier du tremblement mercuriel chez les vieux syphilitiques, longtemps traités.

Le tremblement de la langue devra être minutieusement analysé. Les mouvements de trombose, la fibrillation vermiculaire sont habituels dans la paralysie générale. Plus utiles encore sont les secousses fibrillaires des muscles de la face qui animent le masque des paralytiques.

Fournier, dès 1879, avait noté la différence suivante : « Le tremblement syphilitique est celui qu'on observe dans nombre d'affections cérébrales de tout genre ; c'est un tremblement banal, vulgaire ; il n'a rien de comparable, d'assimilable à cette trémulence assidue, à ce frémissement fibrillaire, vermiculaire, éminemment caractéristique, que l'on remarque d'une façon si commune aux lèvres et à la langue des P. G. ».

La Dysarthrie. Elle est véritablement pathognomonique de la paralysie générale. Rogues de Fursac en a décrit les caractères principaux. On se gardera de la confondre avec certains troubles de la parole que l'on peut trouver chez les épileptiques, les aphasiques, les alcooliques, les émotifs. La blésité, le bégaiement peuvent en imposer pour une dysarthrie.

En résumé : « Parmi les signes physiques de la pa-

ralysie générale, il en est peu que l'on ne puisse retrouver en dehors de la paralysie générale. » (Ceillier.)

3° Le psycho-diagnostic

Nous avons vu que ni le syndrome humoral, ni les signes organiques n'ont pu nous fournir de critérium certain. Force nous est donc de nous appuyer sur l'analyse psychiatrique.

La démence est un élément nécessaire du diagnostic de paralysie générale. Mais le syndrome paralytique est, lui aussi, d'ordre démentiel. Il nous faut donc trouver à ces deux démences des caractères différentiels. Fournier insistait sur ce point que dans la syphilis cérébrale, l'affaiblissement intellectuel ne s'accompagne pas de troubles délirants. On n'y trouve pas ou peu d'idées mégalomaniaques. « Le délire de la syphilis, s'il existe, est absolument exempt des divagations ambitieuses propres au délire de la paralysie générale. »

Salin signale que le délire du syndrome paralytique n'est pas stupide et niais comme celui des paralytiques généraux. Il remarque aussi que l'euphorie est souvent coupée de crises dépressives. « Ces malades sont des instables, qui, un jour, satisfaits d'eux-même, seront le lendemain tristes et découragés. » Dupré a analysé en détails l'état de chaque faculté. Il a fait une étude comparative à laquelle nous empruntons les données suivantes.

a) *Le caractère.*

L'euphorie habituelle du P. G. s'oppose très nettement à la tristesse des malades présentant le syndrome paralytique. Ceux-ci se montrent plus coléreux, irritables ; ils sont mécontents d'eux-mêmes et des autres ; ils sont sombres, taciturnes, absorbés en eux-mêmes. Le P. G. est au contraire expansif, bienveillant, loquace.

b) *Le délire.*

Le délire, empruntant ses caractères aux manifestations tabétiques si douloureuses, aux troubles sensoriels si marqués, se nuance de mélancolie, ou constitue une réaction contre les maux qu'endure le malade et s'oriente dans le sens d'un délire paranoïde mal systématisé. Le P. G. fait plus volontiers un délire mégalo-maniaque. Mais ce délire n'est pas caractéristique de la paralysie générale. D'autres affections, en particulier les états maniaques et le syndrome paralytique présentent des idées de richesse et de grandeur. Dans ce dernier cas, la mégalo-manie n'est pas absurde, ni niaise, ni incohérente. Elle s'ordonne logiquement dans le cours du délire, et n'en contredit pas les affirmations antérieures

c) *La démence.*

Le paralytique est complètement inconscient de son état morbide. Ses actes comme ses propos sont

incohérents. Il perd toute faculté d'auto-critique. Chez nos malades, au contraire, on constate souvent qu'ils gardent un certain contrôle sur eux-mêmes. Ils peuvent encore juger leurs actes. La démence est moins profonde, moins globale. Elle porte surtout sur la mémoire, l'attention. Mais le jugement conserve une certaine valeur ; à la lumière de quelques notions morales qui persistent, le malade sait ce qu'il doit ou ne doit pas faire.

Mais c'est surtout l'affectivité qui marque une différence. Le P. G., ce malade bienveillant, n'a gardé aucune tendresse pour sa famille. Il est uniquement occupé de la satisfaction de ses besoins matériels. Le malade atteint seulement de syphilis cérébrale, reçoit avec plaisir des visites ; il se soucie du sort de sa famille.

Cette différence de degré, sinon de nature, dans la démence, se révèle bien dans les caractères de l'activité des deux malades. Le P. G., en période de rémission (autrement il est rarement capable de s'occuper) n'est susceptible que d'automatisme ; il ne faut pas lui demander d'initiative ; il lui est difficile d'acquérir des notions nouvelles. Au contraire, la démence syphilitique laisse souvent libre le jeu de l'imagination, et les malades qu'elle atteint se montrent capables d'inventer, de créer (Obs. IX). Parant rapporte le cas d'un malade qui, à 43 ans, relevant d'une démence syphilitique, apprit le métier de comptable

4° Le traitement d'épreuve

Le traitement d'épreuve est employé couramment en syphiligraphie pour faire la preuve de l'origine de l'affection. Dans le cas qui nous occupe, il pourrait encore constituer un élément de diagnostic. En effet, la plupart des auteurs sont d'avis que la thérapeutique anti-spécifique usuelle améliore considérablement le syndrome paralytique, alors qu'on peut admettre, malgré quelques statistiques favorables, que l'effet s'en montre nul dans la paralysie générale. En choisissant un agent médicamenteux qui, inefficace ici, apparaît actif là, il est certain qu'on pourrait obtenir un élément de différenciation de plus.

Mais le médecin a-t-il le droit de temporiser ainsi devant un malade menacé de la plus grave des déchéances ? Ne conviendrait-il pas d'arrêter au plus vite le processus progressif, et au lieu de perdre un temps précieux, de s'adresser à la thérapeutique la plus énergique ? On sait les beaux résultats de la malarithérapie et des arsenicaux pentavalents. Dans les cas douteux, redoutant le pire, c'est à ces méthodes récentes que l'on aura recours. On ne s'attardera pas à préciser un diagnostic parfois très difficile.

En revanche, lorsque le médecin aura acquis sinon la certitude, du moins la conviction qu'il se trouve en présence d'un syndrome paralytique, il pourra essayer un traitement antisypilitique usuel. Si celui-ci se montre efficace, la preuve sera ainsi faite qu'il s'agit bien d'un processus différent de la méningo-

encéphalite progressive sur laquelle on connaît bien, sinon la nocivité, du moins l'inutilité d'une semblable thérapeutique.

Nous empruntons à M. Delmas le tableau suivant qui nous paraît résumer avec une grande netteté les principaux signes sur lesquels devra s'appuyer le diagnostic différentiel.

1° *Symptômes communs :*

Syphilis antérieure ; lymphocytose rachidienne ; syndrome pupillaire ; états démentiels (diminution de l'attention, indifférence, légère dépression).

2° *Caractères différentiels :*

<i>Démence syphilitique</i>	<i>Démence paralytique</i>
Prédominance de symptômes physiques,	Prédominance de symptômes psychiques,
Paralysies oculaires fréquentes,	Paralysies oculaires rares,
Symptômes de sclérose en foyer : fréquents,	Symptômes de sclérose en foyer : rares,
Dysarthrie commune,	Dysarthrie paralytique,
Rareté du délire,	Fréquence du délire,
Déficit lacunaire partiel,	Déficit lacunaire global,
Conservation de l'auto-critique,	Perte de l'auto-critique,
Conservation de la personnalité,	Perte de la personnalité,
Conscience de la maladie,	Inconscience de la maladie,
Orientation dans le temps et dans le lieu,	Désorientation dans le temps et dans le lieu,
Evolution non progressive, marche irrégulière,	Evolution progressive,
Longue durée,	Durée moyenne : 3 à 5 ans,
Efficacité du traitement spécifique.	Inefficacité du traitement spécifique.

CHAPITRE V

Le traitement du syndrome paralytique au cours du tabes

Avant de terminer cette étude, nous voudrions examiner le problème, qu'au point de vue thérapeutique, pose l'association du tabes à des lésions encéphaliques. Nous avons vu que ces lésions par leur nature, n'ont rien de commun avec la méningo-encéphalite diffuse dont le terrain est essentiellement parenchymateux. Cependant, les ressemblances qui existent entre le syndrome paralytique et la paralysie générale, d'une part, d'autre part les beaux succès que remportent les méthodes récentes dans le traitement de cette dernière affection, nous ont conduit à nous demander, si nos malades ne se trouveraient pas bien de l'application de cette thérapeutique nouvelle que constituent les arsenicaux pentavalents et la malaria-thérapie.

Tout d'abord il convient de rappeler la dualité fondamentale des formes cliniques de la syphilis nerveuse, due à la localisation initiale du tréponème.

Si celui-ci se fixe sur une artère du cerveau ou de la moelle, s'il provoque un foyer scléro-gommeux de méningite circonscrite, la lésion ne se différencie pas histologiquement de la plupart des autres altérations cutanées ou viscérales de nature syphilitique. Et cette lésion, comme ces dernières, guérit sous l'influence des traitements spécifiques.

Si, au contraire, le spirille se développe dans le parenchyme nerveux comme cela s'observe dans la paralysie générale ou le tabes, les lésions, qu'il détermine, sont rebelles ou peu accessibles au traitement spécifique usuel, même intensif, comme si le tissu nerveux protégeait les tréponèmes contre les agents spirillicides. (Sézary.)

Du point de vue thérapeutique, il convient donc d'opposer les lésions parenchymateuses du névraxe, qui sont résistantes, aux lésions artérielles ou aux foyers de méningites circonscrites, qui sont favorablement influencés.

Or précisément, dans le cas qui nous occupe, nous trouvons les deux sortes de lésions. D'une part, des lésions de la substance nerveuse (parasymphilitiques, métasyphilitiques, ou quaternaires, suivant le mot qu'on préférera), d'une sclérose radiculo-médullaire ; d'autre part des lésions encéphaliques à prédominance vasculaire et méningée. Quelle conduite devons-nous tenir ? Les premiers seraient peut-être justiciables d'un traitement par la malarithérapie ou le stovarsol, ou par la combinaison de ces deux méthodes ; les secondes se trouveraient bien d'un traitement ordinaire ?

Il importe de traiter les deux ordres de symptômes qui découlent de ces deux lésions. Il n'est pas sans intérêt en effet d'atténuer les douleurs fulgurantes, ou les troubles psycho-sensoriels qui accompagnent le tabes. Nous avons montré quel rôle ces divers éléments jouent dans la genèse du délire. En les traitant, nous pouvons espérer faire disparaître les hallucinations et les illusions, et par là, sinon faire rétrocéder le délire, tout au moins supprimer un facteur important qui le conditionnait. Dans un cas assez voisin du nôtre, notre Maître, le Professeur Lépine exprimait une opinion analogue. « Je suis convaincu que l'étude attentive du système nerveux périphérique des persécutés, telle qu'elle a été commencée par les auristes au sujet des hallucinations de l'ouïe, telle qu'elle a été indiquée par les beaux travaux de M. Picqué sur la chirurgie des aliénés, permettra de se rendre compte qu'assez souvent le cerveau de ces malades éprouve une sollicitation en quelque sorte légitime, dans la région siège d'illusions ou d'hallucinations... Nous avons vu s'évanouir des délires en voie d'organisation par le traitement des névrites des membres inférieurs, par exemple... Au début, dans cette phase intermédiaire entre les psycho-névroses et l'aliénation, il y a des états de persécution curables. »

On ne peut non plus négliger de s'occuper des troubles mentaux, de la démence qui accompagne souvent les lésions de syphilis cérébrale. Devant le bouleversement qu'a effectué la malariathérapie, en ces dernières années, dans nos idées sur le traitement de la démence paralytique, on sait bien que si le mot dé-

mence est toujours synonyme d'incurabilité, il est des cas où l'on observe des guérisons surprenantes, d'autres où l'on arrête une évolution considérée jusqu'à ce jour comme implacable. Ces succès, ne les obtiendrions-nous pas aussi en appliquant cette méthode bienfaisante à nos malades ? Des auteurs se sont déjà posés cette question ; la malariathérapie, les arsenicaux pentavalents ont été employés dans toutes les formes de syphilis nerveuse. L'expérience a été faite. Et nous résumerons les opinions que les résultats divers ont imposées aux expérimentateurs.

Demètre et Em. Paulian, de Bucarest, nous donne une statistique précise qui porte sur quatre années.

1° Dans la paralysie générale progressive, ces auteurs ont obtenu pour 161 malades traités :

49 guérisons cliniques, soit 30,4 %.

55 améliorations.

2° Dans la tabo-paralysie, pour 33 malades,

11 guérisons cliniques, soit 33,3 %

10 améliorations, soit 30,3 %.

3° Dans la syphilis méningo-encéphalique, pour 65 malades,

29 guérisons cliniques, soit 44,6 %.

21 améliorations, soit 32,3 %.

4° Dans le tabes, sur 38 malades, pas de guérison, mais 25 améliorations sensibles, qui ont permis aux malades de reprendre leurs occupations. D'après ces résultats, l'on obtiendrait les plus beaux succès de la

méthode dans les syphilis méningo-encéphaliques. Le tabes serait sensiblement amélioré.

La majorité des auteurs expriment une opinion contraire. Pour Wagner von Jauregg, le domaine de la malariathérapie, c'est la métasyphilis du système nerveux. On n'observe pas une action vraiment efficace sur les autres processus syphilitiques, on a vu chez des paralytiques, parvenus par la malariathérapie à une rémission complète de leur maladie cérébrale, survenir des efflorescences gommeuses de la peau, et même des affections du cerveau par altération syphilitique des artères. « Il m'est arrivé, dit-il, de constater que même dans des cas de paralysie à marche favorable, la syphilis du système vasculaire, par exemple de l'aorte, loin de s'améliorer, s'était encore aggravée. » Enfin on peut observer souvent qu'après une malariathérapie, la réaction de Wassermann est beaucoup plus tenace dans le sérum que dans le liquide.

Aussi, Wagner Von Jauregg conclut-il : « Si je considère mes propres expériences, je voudrais affirmer que la malaria n'est pas non plus supérieure aux remèdes spécifiques vis à vis des affections syphilitiques du système nerveux et constrictives, qui sont en général une syphilis des vaisseaux et du tissu conjonctif. »

Dans le tabes, la malariathérapie se montrera-t-elle plus efficace ?

Parmi les lésions parenchymateuses, elles-mêmes, il faut établir une différence entre celles qui demeurent inflammatoires, comme la paralysie générale, et celles qui s'accompagnent de sclérose comme le tabes.

Lorsque les éléments nerveux dégénérés sont remplacés par de la névroglie, il semble que celle-ci ne protège plus aussi complètement les tréponèmes que le tissu nerveux. Le traitement banal dans ces conditions a une efficacité relative. C'est ce qui explique que les résultats, sans être constants ni complets soient moins décevants que dans la paralysie générale (Sézary).

Wagner von Jauregg fait une remarque analogue : « Le tabes est beaucoup plus accessible que la paralysie au traitement par les remèdes antisypilitiques spécifiques, et il arrive très souvent qu'on réussisse par une ou plusieurs cures spécifiques à rendre le tabes stationnaire dans les stades initiaux. »

En effet, par une série arseno-bismuthique pour commencer, suivie d'un traitement prolongé, par des séries de préparations insolubles de mercure ou de bismuth, on peut prétendre, dans la majorité des cas, enrayer l'évolution de l'affection. Il ne faut pas espérer guérir les lésions dégénératives du névraxe, faire disparaître tous les troubles objectifs et rétablir les réflexes abolis ; mais parfois après une courte période d'exacerbation, les douleurs fulgurantes, les crises viscérales s'atténuent, s'espacent, disparaissent même, les troubles sphinctérien s'amendent, les paralysies oculaires rétrocedent, la névrite optique elle-même peut s'arrêter dans son évolution (Babinski). L'état général s'améliore nettement et l'ataxie peut régresser considérablement (Sézary).

La malariathérapie ne peut donc convenir qu'à des tabes en évolution que le traitement spécifique n'a

pu fixer. Tel n'est pas le cas habituel de nos malades chez qui on trouve le plus souvent un tabes ancien, stationnaire.

La méthode de Wagner von Jauregg, de l'aveu même de son auteur, ne pouvant s'appliquer aux conditions que réalisent nos malades, nous adresserons-nous aux arsenicaux pentavalents ?

On sait les beaux résultats qu'ils donnent dans la paralysie générale alors que le traitement spécifique ancien n'obtient guère de succès. Pourtant les arsenobenzènes se montrent des spirillicides plus énergiques que le stovarsol ou la tryparsamide. Comment se fait-il donc que les seconds soient plus actifs que les premiers ? Il y a là un paradoxe que Sézary a tenté d'expliquer. Pour lui, les arsenicaux trivalents ont besoin, pour devenir tréponémicides, d'être oxydés. Le stovarsol au contraire, comme la tryparsamide, n'est actif qu'après réduction. Or le tissu nerveux est doué d'un pouvoir réducteur, et le Stovarsol y trouve des conditions qui lui confèrent sa plus grande efficacité.

Dans le cas de syphilis cérébrale, le tréponème n'est pas fixé en plein tissu nerveux ; il est localisé au niveau des vaisseaux. Les arsenicaux pentavalents ne se trouvent pas en milieu réducteur ; d'autre part, ils ont une activité thérapeutique antisiphilitique et spirillicide nettement inférieure à celle des arsénobenzènes. Il ne paraît donc pas logique de les employer.

En réalité, le malade, que notre Observation XVI concerne, a été traité par la malariathérapie et le stovarsol, suivant la méthode que nous employons chez

nos paralytiques généraux, et les résultats que nous avons obtenus ont été très satisfaisants. Cet homme sera remis bientôt en liberté et nous croyons qu'il sera en état de gagner convenablement sa vie. S'il ne reprend pas ses fonctions de comptable, il pourra probablement travailler intellectuellement de façon convenable. Nous lui avons fait faire de nombreuses opérations intellectuelles dont il s'est tiré à son honneur. Il calcule bien ; les problèmes que nous lui avons donné à résoudre ont montré combien son jugement et son raisonnement étaient solides.

Cependant de nombreux auteurs ont rapporté d'excellents résultats obtenus avec le traitement spécifique usuel.

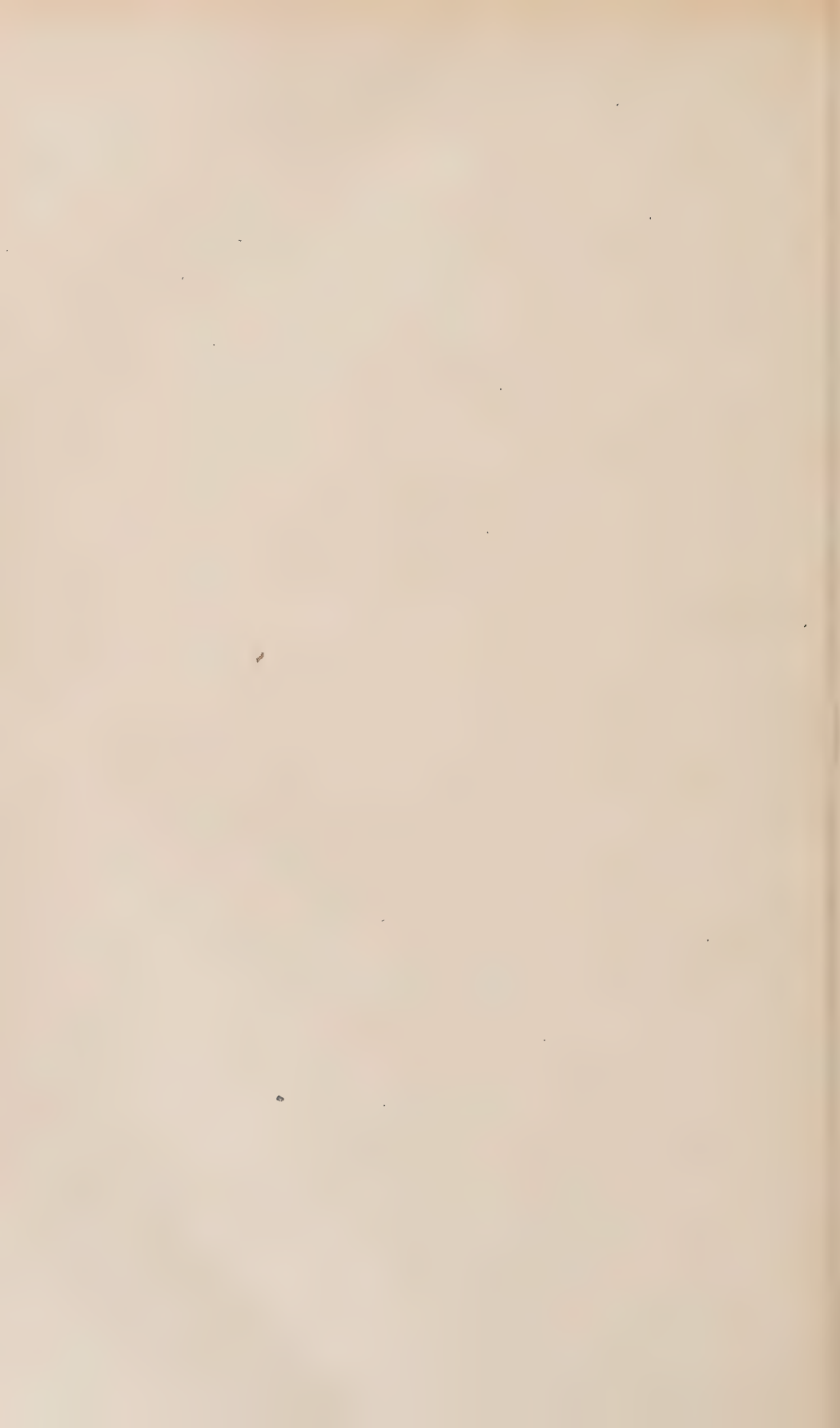
« Les troubles cérébraux associés au tabes, exprimant un processus évolutif, constituent une indication du traitement spécifique. Les résultats à espérer varient avec la nature de ces troubles, les crises convulsives, certaines hémiplegies, la pseudo-paralysie générale surtout, peuvent être très sensiblement améliorées. » (Crouzon, Vogt, Delafontaine.)

Salin, Claude, Gougerot, ont insisté sur l'efficacité du traitement antisyphilitique, et admettent qu'on peut d'abord essayer l'action des arsenobenzènes. On peut objecter qu'en cas d'échec de la médication, on aura fait perdre un temps précieux au malade. D'autre part, les arsenicaux trivalents déterminent souvent des bouffées congestives au niveau du cerveau, s'accompagnant d'agitation accentuée et d'une recrudescence du délire, et peuvent accélérer l'évolution de la maladie. Il n'est pas sans inconvénient de réaliser

sur un terrain déjà fragile un apport toxique qui, dans certains cas, s'est montré nocif au plus haut point. Notre maître, le Professeur Lépine insiste beaucoup sur ces faits, au cours de son enseignement.

Il est vrai, aussi, que l'emploi des nouvelles méthodes n'est pas sans offrir des dangers. L'impaludation est suivie, malgré toutes les précautions prises, d'un certain nombre de décès. Les arsenicaux pentavalents peuvent provoquer aussi des accidents. Pour le stovarsol, citons la névrite optique. Et pour la tryparsamide, on trouvera, dans notre Observation XVII, un exemple des accès d'agitation violente qu'elle peut produire.

Toutes les méthodes ont donc leurs inconvénients ; et il nous est difficile de conclure. Cependant, réservant les arsenicaux trivalents, les arsenobenzènes au traitement des accidents aigus que Claude a décrit sous le nom d'Encéphalite syphilitique aiguë des tabétiques, nous serions tentés d'opposer à la forme chronique du syndrome paralytique le stovarsol et la malariathérapie qui, dans ces cas, nous ont donné d'excellents résultats. Cette thérapeutique a l'avantage, par une sorte de malariathérapie préventive, d'enrayer l'évolution toujours possible, toujours à craindre, du syndrome paralytique vers la paralysie générale.



Conclusions

I. — Il n'existe pas d'affection mentale qui soit directement conditionnée par le tabes.

II. — Toutes les psychoses qu'on rencontre chez les tabétiques peuvent être classées en deux groupes :

a) Dans le premier figurent les troubles mentaux dans l'étiologie desquels la syphilis ne paraît jouer aucun rôle. Telles sont les psychoses constitutionnelles, les psychoses toxiques et infectieuses, les psycho-névroses. Dans ces cas, les deux affections mentale et médullaire semblent s'ignorer ; il ne s'agit que d'une pure coïncidence. Parfois cependant, le tabes peut être l'occasion qui révèle et déchaîne un déséquilibre préalablement latent.

b) Dans le second groupe, se rangent les troubles mentaux qui relèvent des lésions cérébrales que réalise la toxi-infection syphilitique : mé-

ningo-encéphalite diffuse, avec l'association tabéto-paralytique qui lui correspond en clinique ; lésions de syphilis cérébrale (syphilis scléro-gommeuse localisée, syphilis disséminée avec endartérite des petits vaisseaux, syphilis cérébrale diffuse) cliniquement caractérisées par le syndrome paralytique.

III. — Ce syndrome paralytique, au cours du tabes, bien que beaucoup moins fréquent que l'association tabéto-paralytique, mérite de retenir l'attention, car il se rencontrerait plus souvent chez le tabétique que chez les syphilitiques indemnes de tabes. D'autre part, son évolution par poussées, son pronostic moins alarmant, lui confèrent un grand intérêt.

IV. — Si le tabes n'est la cause directe d'aucune psychose, par les troubles sensitifs, sensoriels et moteurs qui l'accompagnent, il provoque très souvent une altération de l'humeur et du caractère dans le sens de l'apathie, de l'hypochondrie, de l'irritabilité.

V. — Il est, par les lésions du système sensitif et des organes des sens qu'il détermine, à l'origine de manifestations morbides éminemment psychogènes, telles les illusions, les hallucinations plus ou moins différenciées, l'interprétation délirante de symptômes pathologiques.

VI. — S'appuyant sur ces phénomènes pathologiques, le délire des tabétiques se présente très souvent sous une forme lypémanique et paranoïde qui lui confère une allure spéciale, et qui constitue le syndrome Pierret-Rougier.

VII. — Ce syndrome peut se retrouver dans toutes les affections mentales qui surviennent chez le tabétique. Il exprime seulement une modalité délirante, un mécanisme pathogénique, et ne constitue pas une affection autonome,

12

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Jean LÉPINE

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Novembre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Joseph GHEUSI

Index Bibliographique

- ACHARD. — Tabes et paralysie générale. *Journal des Praticiens*, 11 avril 1925.
- ALZHEIMER. — Paralysie générale et syphilis cérébrale. *Deutscher Verein. f. Psych.*, vol. LXII, fasc. 4, 1905.
- ° Ueber eigenartige Erkrankung des Zentralnervensystems mit bulbären Smptomen. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, vol. LIII, p. 45.
- ANTHÉAUME ET PIQUEMAL. — Note d'une genèse d'une rémission chez un paralytique général tabétique. *Encéphale*, 1913.
- ARNAUD. — Un cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique avec troubles intellectuels. *Encéphale*, 1887, t. VII p. 452.
- ARNAUD ET LAIGNEL-LAVASTINE. — Paralysie générale prolongée avec ictus et rémission confirmée anatomiquement. *Encéphale*, 1913, p. 50.
- ARTWINSKI ET OSTROWSKI. — Du traitement de la paralysie générale et d'autres manifestations de la syphilis nerveuse par le paludisme. — *Polska Gaseta Lekarska*, t. IV, n° 48, 29 novembre 1925.
- AUDAN. — Forme cérébrale du tabes sensitif. *Thèse*, Lyon, 1902.
- AXENFELD. — Art. : Ataxie locomotrice. Vol. I du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.
- BAILLARGER. — De la Paralysie générale dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice et avec certaines paraplégies. *Ann. Méd. Psych.*, 1862, t. VIII, p. 1.
- Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale. *Ann. Méd. Psych.*, 1885, t. II, p. 194.

- BALLET (Gilbert). — Sur les rapports du tabes et de la paralysie générale. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 22 avril 1892, page 265.
- Des rapports du tabes dorsalis avec la paralysie générale. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 20 mai 1892, p. 348.
- *Traité de pathologie mentale*, 1903, p. 40 et p. 1.192.
- Paralysie générale à type discontinu. *Encéphale*, 1912.
- BALLET ET GLÉNARD. — A propos des troubles hallucinatoires et délirants, observables chez les tabétiques. *Rev. Neur.*, n° 23, 1908, 15 décembre, p. 1288.
- BALLET ET GENIL-PERRIN. — Etude du fond mental chez les déments. *Encéphale*, 1919.
- BARNES (F.-M.). — The psychoses associated with tabes dorsalis. *J. Missouri, M. Ass. Saint-Louis* 1919, XII, 53-58.
- BAYLE. — Recherche sur l'arachnitis chronique, la gastrite, la gastro-entérite chronique et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale. *Th.*, Paris, 1822
- *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris 1826, p. 532.
- BEAUDOUIN ET MOIGNEAU. — Paralysie générale et délire hallucinatoire. *Soc. clin. méd. ment.*, 16 janvier 1928, in *Rev. Neur.* 1928, t. I, p. 301.
- BOUDERLIQUE. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le tabes. *Thèse*, Paris, 1916.
- BLACKFORD. — Notes sur un cas de folie ataxique. *The Journal of Mental Science*, Juill. 1895, in *Ann. Med. Psych.*, 1899, p. 311.
- BOUZIGUES. — Des hallucinations chez les tabétiques. *Thèse*, Paris, 1909.
- BRIAND ET COLOLIAN. — Hallucinations à caractères pénibles dans le tabes dorsalis. *Ann. Méd. Psych.*, 1897, p. 268.
- BRIAND ET VINCHON. — Amaurose, tabes et troubles mentaux. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, avril 1913, p. 160.

- BRISSAUD ET PECHIN. — Syphilis cérébrale simulant une paralysie générale. *Arch. d'opht.*, août 1902.
- DE BUCK. — Psychose tabétique. *Ann. Soc. méd. de Gand*, 1904, LXXXIV, p. 167.
- BUNKER. — Les types de neuro-syphilis par rapport à leur traitement. *J. of the American Med. Association*, tome LXXXVI, n° 24, 12 janvier 1926.
- BURR. — Insanity other than paresis in locomotor ataxia. *Amer. journ. insanity Balt.*, 1913-14, t. XX, p. 551-556.
- CALMEIL. — De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris, 1896.
- CARRE (Marius). — Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale chez les aliénés. *Gaz. des Hôp.*, 15 avril 1865, p. 178.
- CASSIRIER. — Tabes und Psychose. *Analyse in Rev. Neur.*, 1903 et in *Ann. Méd. Psych.*, 1904, p. 147.
- CAPGRAS. — Syphilis du névraxe, tabes, épilepsie, paralysie générale. *Encéphale*, 1926, p. 78.
- CEILLIER. — Troubles mentaux d'origine syphilitique. *Bulletin Médical*, 1923.
- CLAUDE. — Déterminations méningo-encéphaliques de la syphilis chez les tabétiques. *Journ. des Praticiens*, 23 décembre 1911.
- La méningo-encéphalite syphilitique aiguë des tabétiques. *Encéphale*, 1912, n° 12.
- Tabes et troubles psychiques. *Rev. gén. de Clin et de Thér.*, Paris, 1913, t. XXVII, p. 657-660.
- CLAUDE ET VELTER. — Polyradiculite de nature vraisemblablement spécifique, simulant un tabes. *Soc. de Neur.*, Séance du 10 novembre 1910, in *Rev. Neur.*, 30 nov. 1910, tome II, p. 525.
- CLAUDE ET TARGOWLA. — Les formes pseudo-paralytiques de la syphilis nerveuse. *Journ. Méd. Français*, mai 1924, p. 181-185.

- COURTOIS, PICHARD ET RUBENOVITCH. — Délire paranoïde chez un arabe atteint de paralysie générale avec tabes amaurotique. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, juin-juillet 1930, p. 91.
- CUEL. — A propos d'un état démentiel avec idées de négation diagnostiqué paralysie générale. — Réactions humorales négatives. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, séance du 17 déc. 1923, n° 9, p. 291.
- DEJERINE. — Séméiologie des affections du système nerveux. Masson, 1926.
- DEJERINE ET THOMAS. — Art. : tabes, in *Traité de Méd. et de Thérap. de Brouardel et Gilbert*, t. IX, p. 156, 1902.
- DEMÊTRE ET PAULIAN. — La malariathérapie dans les affections syphilitiques du système nerveux. — Bilan sur quatre ans de thérapie. — Résultats cliniques et biologiques. *Rev. Neur.*, Paris, 1929.
- DESRUELLES. — Contribution à l'étude clinique des troubles mentaux chez les tabétiques. *Thèse Lille*, 1911.
- DUCHENNE (de Boulogne). — De l'ataxie locomotrice progressive. *Archives générales de Médecine*, Paris, 1858.
- DUPRÉ. — Diagnostic différentiel entre la démence paralytique et les autres formes de démence acquise. 1^{er} Congrès international de psychiatrie, de neurol. et d'assist. aux Aliénés, Amsterdam, 2 sept. 1907.
- Psychopathies syphilitiques (p. 225), Tabes (p. 1.192), Paralysie générale (p. 884, p. 1.125), in *Traité de Path. Ment. de Gilbert Ballet*, 1903.
- DUPRÉ ET DEVAUX. — Caractères histologiques de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale diffuse. *Soc. de Neur.*, mai 1905 ; *Rev. Neur.*, n° 10, 1905.
- DUPRÉ ET LÉVI. — Tabes et hystérie chez un débile. — Interprétation hypocondriaques des symptômes par un délire de zoopathie interne. *Soc. de Neur.*, 2 juillet 1903.
- DUPRÉ ET LOGRE. — Le psycho-diagnostic de la paralysie générale. *Journ. Méd. Français*, Paris, 1914, p. 68.
- DURAND ET DESPORT. — Syphilis cérébrale, tabes et syndrome paralytique. Analyse in *Encéphale*, 1925, p. 543.

- EUZIÈRE, SALAGER ET CLÉMENT. — Troubles psychiques dans un cas de tabes. — Combinaison de la paralysie générale à un tabes vieux de 26 ans. *Montpellier Méd.*, juin 1910.
- FALRET. — Recherches sur la folie paralytique. *Thèse*, Paris 1853.
- FORSTER ET SMITH. — Les préparations de Bi dans le traitement du tabes et de la paralysie générale. *Journ. of Nervous and Mental diseases*, novembre 1924.
- FOURNIER (Alfred). — La syphilis du cerveau. Paris, 1879.
— Des troubles psychiques dans la période pré-ataxique du tabes d'origine syphilitique. *Encéphale*, 1884.
— *Gaz. des Hôpitaux*, 1884.
— Les affections parasymphilitiques, 1894.
- FOVILLE. — Rareté relative de la folie tabétique. *Ann. méd. psych.*, 1838, p. 366.
- FRIBOURG-BLANC. — Le traitement par le paludisme des psychoses autres que la paralysie générale. *Congrès Alién. et Neurol.*, Genève 1926, compte-rendu, p. 287.
— La malariathérapie dans les affections du système nerveux. Clinique et laboratoire.
- GARBINI. — Contributo alla conescenza della paralisi progressiva post-tabetica — *Il Manicomio Moderno*, 1899, fasc. 2 et 3.
- GENAC ET PÉRON. — Tabes avec idées délirantes de négation. *Bull. de Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 16 juin 1924.
- GORDON HOLMÈS. — Notes sur l'état de l'écorce cérébrale post-centrale dans le tabes. *Review of Neur. and Psych.* 12 janvier 1908, in *Rev. Neur.*, 30 juin 1908.
- GORIA. — Sur les résultats du traitement par la malaria et la récurrente dans le tabes. *Minerva Medica*, 10 mai 1927.
- GOUGEROT. — Malariathérapie préventive des syphilis nerveuses. *Paris Méd.*, 3 mars 1928, p. 198.

- GOUGEROT, KAHN, MEYER, WEIL-SPIRE. — Pseudo-paralysie générale chez les tabétiques, guérison ou amélioration et fixation par le traitement anti-syphilitique. *Ann. des Mal. Vénér.*, n° 2, p. 106-140. février 1926.
- GOUGEROT, MEYER, WEIL-SPIRE. — Fréquence des psychopathies simulant la paralysie générale chez les tabétiques. *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syph.*, 9 juillet 1925, page 317.
- GRASSET. — Contribution à l'étude des lésions diffuses dans le tabes. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1878.
- GRUET. — Etude clinique sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice progressive. *Thèse*, Paris 1882.
- GUILLAIN ET THAON. — Etude sur une forme clinique de la syphilis du névraxe réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes, et la paralysie générale. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1907.
- GUILLAIN, LAROCHE ET LEHELLE. — La réaction du benjoin colloïdal, et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien. Masson, éditeur.
- GUIRAUD. — Polymorphisme de la syphilis encéphalique. *Ann. Méd. psych.* octobre 1925, p. 260.
- HAGUENAU. — Le syndrome humoral de la paralysie générale. Son application à l'étude des paralysies générale prolongées. *Thèse de Paris*, 1920.
- HENDERSON. — Le tabes et les maladies mentales. *Rev. Neur.*, 1912, p. 613.
- HILDRED CARLILL. — On the diagnosis and treatment of syphilis of the central nervous system. *The Lancet*, 16 février 1918, n° 4.929, p. 243.
- JALLET. — Troubles psychiques au cours des périodes secondaires et secondes tertiaires de la syphilis. *Thèse*, Paris, 1911.

JAKOB (A). — Zur klinik und pathologischen Anatomie der stationären Paralyse. *Zeitschr. f. die gesamt. Neurologie und Psychiatrie*. Bd. 54, 10 mars 1920.

— Ueber die Endarteritis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße. *Zeitschr. f. die gesamt. Neurologie und Psychiatrie*, B. 54, 10 mars 1920.

JAUREG (Wagner von). — La malariathérapie de la paralysie générale et des affections syphilitiques du système nerveux. Conférence faite à l'occasion de la X^e Réunion neur. interna. à la Salpêtrière, in *Rev. Neur.*, juin 1929, p. 889.

JEANSELME, VERNES ET BLOCH. — Réactions humorales dans le tabes et la paralysie générale. — Injection sous-arachnoïdienne de Novarsénobenzol. *Soc. Méd. Hôp.*, 12 déc. 1913.

JOFFROY. — La paralysie générale tabéiforme. *Méd. Moderne*, 4 février 1903.

JUQUELIER. — La confusion mentale et la démence. *La Médecine*, février 1921.

KAHN. — Cyclothymie et tabes. *Encéphale*, 1913.

KAFKA. — Atypische serologische Befunde bei Paralyse und ihre Bedeutung. *Zeitsch. f. die gesamt. Neurologie und Psychiatrie*, Bd. 56, 19 juin 1920, p. 260.

KIRN. — Zur Grauen degeneration des Rückenmarks in ihrer Beziehung zu den Psychosen. *Atteg zeits. f. Psych.*, 1868.

KLAUDER. — Early neurosyphilis asymptomatica with report of observations and cases. *The American Journal of the Syphilis*, octobre 1919, p. 559.

KLIPPEL. — Des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes. *Arch. de Neur.*, 1897.

— Le tabes d'après les travaux de Pierret. *Rev. de Psychiatrie*, 1897.

KLIPPEL ET LÉVY-DARRAS. — Tabes et mégalomanie. *Soc. méd. psych.*, déc. 1912.

KRAEPELIN. — Traité de psychiatrie, 1910.

- LÉPINE (Jean). — Paralyse générale, in *Traité de Roger, Vidal, Teissier*, 1925, p. 615-661.
- Etude de l'état mental dans la syphilis diffuse du névraxe. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 28 novembre 1911.
- Paralysies générales rapides. *Progrès médical*, 25 novembre 1911, p. 573.
- A propos de la méningite spinale du tabes. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 28 novembre 1905.
- A propos des traitements modernes de la paralysie générale. *Journal de Méd. de Lyon*, 20 juin 1925.
- LÉRI. — Tabes, paralysie générale et cécité. *Thèse*, Paris, 1904.
- LEROY ET MÉDAKOVITCH. — Importance de la malariathérapie comme moyen prophylactique de la paralysie générale. *Ann. Méd. psych.*, février 1929, p. 162.
- LESIEUR, FROMENT, GARIN. — Sur un nouveau cas de syphilis du névraxe réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes et la paralysie générale. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 mars 1909.
- LHERMITTE. — Les paralysies générales prolongées. *Encéphale*, 28 janvier 1921.
- LUYS. — Traité clinique et pratique des maladies mentales, p. 239 (1881).
- MACDONALD ET DAVIDSON. — Maladie mentale (qui n'est pas une paralysie générale) associée avec le tabes dorsal. *The Journ. of Mental. Science*, 1897. Analyse in *Ann. Méd. psych.*, 1900, p. 317.
- MAGNAN. — Maladie de la moelle suivie de paralysie générale. *Gaz. des Hôp.*, 18 janvier 1866.
- Phénomènes spinaux de la paralysie générale. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 1878.
- Recherches sur les centres nerveux, 1896.
- MAGNAN ET BOUCHEREAU. — Discours sur les rapports du tabes et de la paralysie générale. *Ann. Méd. psych.*, 1872.
- MALE. — La syphilis et les troubles mentaux. Prophylaxie mentale, 1930.

- MARCHAND. — Tabes à évolution rapide chez un paralytique générale. *Rev. de psych.* octobre 1902, p. 450.
- MARCHAND ET CARRETTE. — Délire de persécution et tabes. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 3 février 1930.
- MARCHAND, ABÉLY, BAUER. — Les états démentiels syphilitiques non progressifs. *Presse médicale*, 10 mars 1926.
- MARIE (P.). — Leçons sur les maladies de la moelle, 1892.
- Art. Ataxie locomotrice, in *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud, 1904.
- Etude comparée des lésions médullaires dans la paralysie générale et le tabes. *Gaz. des Hôp.*, 1894, n° 71.
- MARIE (P.) ET LÉRI. — Méningite de la base des tabétiques aveugles. *Rev. neurol.*, n° 4, 1905, p. 246.
- MASOIN ET DHOLLANDER. — Psychose tabétique. *Rev. neur.*, 15 janv. 1909, n. 40.
- MASSON. — Des rapports de la paralysie générale avec l'ataxie locomotrice. *Thèse Paris*, 1879.
- MEDWEDEFF. — Contribution à l'étude des démences syphilitiques. *Thèse Paris*, 1914.
- MICKLE (Julius). — On general paralysis of the insane consecutive to locomotor ataxy. *The Lancet*, p. 819-862, 1881, 21 et 28 mai.
- MOUTOT. — Sur la coexistence des lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes. *Bull. méd.*, 1906, n° 14, p. 155.
- MÜLLER. — Morphinismus bei Tabes dorsalis. *Deutsch. Med. Woch.*, 1904, p. 1906.
- NAGEOTTE. — Tabes et paralysie générale. *Thèse Paris*, 1893.
- Notes sur le cerveau des ataxiques. *Soc. de Biologie*, 20 févr. 1893.
- Etude sur la méningo-encéphalite diffuse dans le tabes, la paralysie générale, et la syphilis spinale. *Arch. de neurol.*, oct. 1895, p. 273.
- NAGGAR. — Folie et tabes. *Thèse Paris*, 1896.
- NISSL. — Neurologische Zentralblatt, 1904; p. 212.
- NONNE. — Falle von Combination von Tobes mit « grande hystérie ». *München. Med. Woch.*, 1904, p. 2.116.

- OBERSTEINER. — Sur les troubles psychiques qui surviennent dans le cours de l'ataxie locomotrice. *Wiener med. Woch.*, 1875, n° 30.
- OPPENHEIM. — Considération sur la combinaison des névroses fonctionnelles avec les maladies organiques du système nerveux. *Neur. psych. Zentralblatt*, août 1890, in *Ann. Med. psych.*, 1893, p. 467.
- PARANT. — Le diagnostic des syndromes paralytiques chez les syphilitiques en dehors de la paralysie générale. *Thèse Paris*, 1922.
- PARHON ET MINÉA. — Contribution casuistique à l'étude des troubles mentaux dans le tabes. *Rev. neur.* n° 16, 1906, p. 774.
- PARISOT. — Démence consécutive au tabes. *Rev. hebdomadaire de l'Est*, n° 24, 1897.
- De la basophobie chez les ataxiques. *Congrès d'Angers*, 3 août 1878, in *Rev. Neur.*, 30 août 1898, p. 586.
- PAULIAN. — Traitement du tabes par la malariathérapie. *Paris Méd.*, An. 18, n° 10, p. 231, 10 mars 1920.
- PAVIOT. — Des lésions méningées du tabes dorsal. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 21 nov. 1905 ; in *Lyon Méd.* 1905, t. II, p. 913.
- PÉRON. — Deux cas de tabes avec troubles mentaux. *Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.*, 19 mai 1924.
- PERPÈRE. — Contribution à l'étude des associations tabétoparalytiques. *Thèse Paris*, 1902.
- PIERRET. — La paralysie générale des tabétiques. *Congrès de Bruxelles*, in *Rev. neur.*, n° 16, 31 août 1907.
- Rapports de la paralysie générale et du tabes. *Congrès de Blois*, 5 août 1892.
- Les rémissions spontanées de la paralysie générale tabétique. *Lyon Méd.*, 21 déc. 1902.
- POROT. — Les psychoses à base confusionnelle de la syphilis. *Sud-Médical*, 15 avril 1927, n° 51.
- RAMSAY-HUNT. — Relations du tabes et de la paralysie générale. *New-York Med. Journal*, n° 1544, 4 juillet 1908, p. 3 ; in *Rev. Neurol.*, 30 oct. 1908.

- RAYMOND. — L'hypocondrie associée au tabes. *Journal des Praticiens*, 6 janv. 1906, p. 8.
- Observation pour servir à l'étude des rapports de la paralysie générale et du tabes. *Soc. Méd. des hôp.*, 2 déc. 1892, p. 835.
- REY. — Des troubles intellectuels dans quelques affections de la moelle et plus spécialement dans l'ataxie locomotrice. *Ann. Méd. psych.* 1884, p. 211.
- REZZA. — Constatations histologiques dans un cas de tabes avec psychose. *Rev. Italienne de Neuropath.*, 1908
- RIVAILLON. — De la coexistence d'accidents syphilitiques avec le tabes et la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1908.
- ROUBINOVITCH. — Tabes et inculpation d'attentats aux mœurs. *Soc. de Méd. légale*, 11 nov. 1903.
- ROUBINOVITCH, MINKOWSKI ET MONESTIER. — Psychose tabétique par interprétation de symptômes somatiques dus à un tabes. *Ann. Méd. psych.*, 1924, p. 170.
- ROUGIER. — Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. *Thèse Lyon*, 1882.
- RYDLEWSK. — Ueber Psychosen bei Tabes dorsalis. *Inaugural Dissert. Greifswald*, oct. 1909.
- SALIN. — Le syndrome de paralysie générale chez les tabétiques. *Thèse Lyon*, 1908.
- SCHMITT. — Die Tabespsychose. *Med. Klin. Berlin*, 1919, p. 1.206-1.208.
- SCHULTZE. — Ueber Psychosen bei Tabes *Munch. Med. Woch.* déc. 1903, p. 335.
- SÉGLAS ET VALLON. — Tabes et délire de persécution. *Soc. Méd. psych.*, 30 nov. 1908.
- SENGÈS. — Tabes avec troubles mentaux. *Soc. clin. de méd. ment.* Bulletin de février 1928, p. 48.
- SÉZARY. — Sur la pathogénie du tabes et des affections parasymphilitiques en général. *Presse Méd.* 3 nov. 1909.
- La syphilis nerveuse et son traitement. Masson, 1926.
- SIMON. — Ueber den Zustand des Rückenmarkes in den Dementia paralytica und die Vertheilung des Koernchenzellen myelitis. *Arch. f. Psych.*, 1873, p. 184.

- SIOLI. — Spirochetenbefund bei Endarteritis luca der kleinen Hirnrindengefäße. *Congrès des psychiatres du Rhin, All. Zeitschr. f. Psych.*, vol. LXXVIII, p. 1.591.
- SIREDEY. — Tabes et hystérie. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.* 1891, 3^e série, VIII, p. 537.
- STOVANOVITCH. — Etude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1893.
- STRANSKY. — Zur Lehre von Korsakoffschen Symptom-Komplex, zugleich ein Beitrag zum kapital Tabes und Psychose. *Jahrbücher f. Psychiatrie*, vol. XXXI, fasc. 2 et 3, p. 422, 1905. *In Rev. Neurol.*, n° 13, 1907 15 juil. p. 675.
- STRÜMPPELL. — Tabes dorsalis, *in Tagebl. der Natur zu Salzburg*, p. 127 et *in Neurol. Zentralbl.*, n° 1, 1882.
- TARGOWLA. — Interprétation délirante de symptômes pathologiques. Le Syndrome de Pierret-Rougier du tabes. *Ann. Méd. Psych.* 1924, p. 438.
- Délire d'interprétation de symptômes pathologiques. *Encéphale* 1923.
- TARGOWLA ET LAMACHE. — Troubles psychiques et tabes frustes chez un hérédo, *Analyse in Encéphale*, 1926, p. 81.
- TATY ET CHAUMIER. — Lésions cérébelleuses chez les tabétiques délirants. *Congrès de Rennes, in Revue Neur.*, n° 16, 30 août 1905, p. 857.
- TIGGES. — Sur la folie compliquée de tabes dorsalis. *Allg. Zeitsch. f. Psych.* 1871. *Anal. in Ann. Méd. Psych.* 1872, t. II, p. 286.
- TOPINARD. — De l'ataxie locomotrice, Paris 1864.
- THURZO ET NAGY. — Contribution à la thérapie infectieuse des maladies neuro-syphilitiques. *Arch. de Neurol.*, nov. 1927.
- TUTZER. — Psychosen bei Tabes dorsalis. *Inaug. Diss.* Freiburg, 1904.
- TRENEL. — Paralysie générale amaurotique. *Soc. clin. de Méd. Ment.*, 19 avril 1900,

- TREVEL. — Histologie d'un cas de tabes avec idées de négation, *Bull. Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 20 juil. 1925.
- TRUELLE. — Les troubles mentaux dans le tabes. *Ann. Méd. Psych.*, 1910.
- TRUELLE ET CORNET. — Troubles mentaux dans le tabes. *Ann. Méd. Psych.*, 1914.
- URECHIA. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le tabes. *Encéphale* 1922, p. 289.
- URECHIA ET ELEKES. — Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse. *Encéphale* 1922, p. 627.
- VALDEZAN HERMILIE. — Paralyse générale sans démence. *Revista de psiquiatria y disciplinas conexas*. Lima, janvier 1924.
- VALLON ET LAIGNEL-LAVASTINE. — Autopsie d'un cas de paralyse générale extrêmement prolongé. *Encéphale*, Paris, 1913.
- VERDAN. — Syndrome humoral du tabes. *Thèse*, Toulouse, 1923.
- VIGOUROUX ET HÉRISSON-LAPARRE. — Deux cas de délire mégalomaniaque survenus chez des tabétiques anciens. *Ann. Médico-Psych.*, 1912.
- VIGOUROUX ET PRUVOST. — Tabes et paralyse générale. *Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 1913.
- VIRES. — L'association hystéro-tabétique. *Gaz. des Hôp.*, n° 6, 16 janvier 1897, p. 49.
- WESTPHAL. — Tabes dorsalis, graue Degeneration des Hirns-
tentrange und Paralytischuniversalis progressiva. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1864-65.
- Ueber die Allgemeinen Paralyse der Irren. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1866.
- Ueber Erkränkungen des Rückenmarkes bei der
Allg. progress. Paralyse des Irren. *Virchow. Arch.*,
XXXVIII, XXXIX et XL, 1867.
- ZENNER. — General paralysis occuring in the cause of loco-
motor ataxy. *Cincin. Lancet clinic*, 1893, XXX, p. 549.

Table des Matières

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE. — HISTORIQUE	13
DEUXIEME PARTIE. — LES TROUBLES PSYCHIQUES, A L'EXCLUSION DU SYNDROME PARALYTIQUE.	
<i>Chapitre Premier</i> : Le psychisme du tabétique	31
<i>Chapitre II</i> : Psychoses constitutionnelles, Psycho- <i>névroses, Psychoses toxiques et infectieuses</i> au cours du tabes	39
<i>Chapitre III</i> : Le syndrome Pierret-Rougier	49
<i>Chapitre IV</i> : La paralysie générale et le Tabes ..	65
TROISIEME PARTIE. — LE SYNDROME PARALYTIQUE AU COURS DU TABES.	
<i>Chapitre Premier</i> : Etude critique des travaux an- térieurs	89
<i>Chapitre II</i> : Faits cliniques, anatomo-histologiques, et thérapeutiques	105
<i>Chapitre III</i> : Données anatomo-histologiques, sé- meiologie, évolution et formes évolutives, pro- nostic	139
<i>Chapitre IV</i> : Diagnostic différentiel et ses princi- paux éléments	155
<i>Chapitre V</i> : Essai de thérapeutique	165
QUATRIEME PARTIE. — CONCLUSIONS	175
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	179

